

糖尿病

【対策のポイント】

- 糖尿病に関する正しい知識の普及啓発
- 糖尿病の早期発見のための特定健康診査及び適切な治療、静岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを活用し、重症化予防のための保健指導を推進
- 安定期の治療を行う医療機関、専門治療・急性期合併症に対応する医療機関、慢性合併症の治療を行う医療機関の連携推進

【数値目標に対する進捗状況】

項目	策定時	現状値	目標値	進捗状況
特定健診受診率	52.9% (2015年度)	57.8% (2019年度)	70%以上	目標値に向け数値が改善
年間の新規透析導入患者のうち、糖尿病腎症の患者数	522人 (2015年)	491人 (2019年)	481人	目標値に向け数値が改善

(1) 現状と課題

ア 糖尿病の医療

- 糖尿病は、インスリン作用の不足による慢性の高血糖状態を主とする代謝疾患です。
- インスリンを合成・分泌する細胞の破壊・消失によるインスリンの作用不足を主要因とする1型糖尿病と、インスリン分泌低下・抵抗性等をきたす遺伝子に、過食、運動不足、肥満、妊娠などの環境因子及び加齢により発症する2型糖尿病に分かれます。
- インスリン作用不足により高血糖が起こると、口渇、多飲、多尿、体重減少等の症状が見られ、その持続により合併症を発症します。糖尿病の合併症には、高度のインスリン作用不足から急激に発症する糖尿病性昏睡等の急性合併症と、慢性の高血糖の結果起こる糖尿病網膜症や糖尿病腎症、糖尿病神経障害、心筋梗塞、脳梗塞等の慢性合併症があります。
- 全国で糖尿病が強く疑われる者は 1,000 万人であり、過去 4 年間で 50 万人増加しています。また、糖尿病の可能性が否定できない者は 1,000 万人です。糖尿病を主な傷病として継続的に医療を受けている患者数は約 328 万人であり、年間約 1 万 4 千人が糖尿病が原因で死亡し、死亡数全体の 1.0% を占めています。
- 全国の糖尿病患者のうち、新規に下肢を切断した者は 7,852 人です。
- 新規の人工透析導入患者は、約 3 万 8 千人であり、そのうち、糖尿病腎症が原疾患である者は約 1 万 6 千人 (42.1%) です。
- 歯周病も糖尿病の合併症の一つですが、糖尿病の増悪因子でもあり、歯周病が重症であるほど糖尿病の血糖コントロールが不良になります。
- これらの合併症を予防するためには、継続的な治療と生活習慣の改善により血糖のコントロールを行うことが大切です。
- 1型糖尿病に対する専門的な治療を行う医療機関は、1,363 機関あります。

イ 本県の状況

(死亡・罹患の状況)

- 2018年の本県の糖尿病による死亡者は525人、死亡率（人口10万人当たり）は14.4%で、全国の11.4%に比べ高くなっています。
- 県内保健医療圏別の人口10万人あたりの糖尿病による死亡率は、賀茂、熱海伊東、富士、中東遠の4保健医療圏が、全県の14.4%より高くなっています。
- 2018年度特定健康診査データ分析では、40歳～74歳の糖尿病有病者の割合は、男性12.4%、女性6.1%であり、予備群の割合は、男性12.6%、女性10.1%となっています。男女とも年齢とともに、該当割合が増加しています。

(医療従事者の状況)

- 本県の人口10万人あたりの糖尿病専門医数は2.9人で、全国平均4.6人と比較すると不足していると言えます。
- 本県の人口10万人あたりの糖尿病看護認定看護師数は0.3人で、全国平均0.7人と比較すると不足していると言えます。
- 糖尿病療養指導士¹（CDE）には、日本CDEと地域CDEがあり、本県の人口10万人当たりの日本CDE数は11.1人で、全国平均15.0人と比較すると不足していると言えますが、県内では地域CDEの資格試験が行われ、活躍しています。

(初期安定期治療の状況)

- 本県の人口10万人あたりの糖尿病内科（代謝内科）を標榜する病院数は0.7、一般診療所数は0.3で、各々全国平均1.1、0.4と比較すると病院数は少ないと言えます。

(専門治療・急性増悪時治療の状況)

- 本県の人口10万人あたりの教育入院を行う医療機関数は0.1で、全国平均0.1と同程度です。
- 本県の人口10万人当たりの1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数は0.9で、全国平均1.1よりやや少ないと言えます。

(慢性合併症治療の状況)

- 本県の人口10万人あたりの糖尿病足病変²の管理が可能な医療機関数は、1.7です。
- 本県の人口10万人当たりの糖尿病患者の新規下肢切断件数は5.7件で、全国平均6.2件より少ないと言えます。
- 本県の人口10万人当たりの歯周病専門医数は0.5で、全国平均0.9より少ないと言えます。

ウ 医療提供体制

(ア) 発症・合併症予防

- 2型糖尿病は、食生活や運動、喫煙、飲酒などの生活習慣が発症に大きく関与することから、発症予防のためには生活習慣の改善が必要です。発症・合併症予防のために糖尿病に関する正しい知識の普及が不可欠です。
- 特定健康診査受診者データを分析し、その結果を見える化し、生活習慣との関連や地域差など、

¹ 糖尿病療養指導士：糖尿病の治療と療養指導に関する知識を持ち、医師の指示のもとで患者に療養指導を行う専門医療従事者。

² 糖尿病足病変：糖尿病の患者の足に起こる真菌(水虫)や細菌の感染、潰瘍(皮膚の欠損)、壊疽(皮膚や皮下組織が死滅して黒褐色になること)等の総称。

糖尿病の発症因子やリスクを住民に分かりやすく伝えることで、生活習慣改善及び発症予防の動機付けをすることが必要です。

- 糖尿病の初期は、自覚症状が乏しいことから、特定健康診査や職域での健康診査等を受診することが早期発見の鍵となるため、健康診査等の受診率を上げることが必要です。
- 糖尿病網膜症や糖尿病腎症など重篤な合併症を予防するためには、良好な血糖コントロールを目指した治療が最も重要ですが、眼科や腎臓内科等の医師の連携のもと糖尿病網膜症や糖尿病腎症の早期発見に努める必要があります。
- 糖尿病網膜症の早期発見のためには糖尿病と診断された時点からの定期的な眼科診察が必要です。
- 糖尿病腎症は末期腎不全に進んで透析導入となる原因疾患の第1位です。糖尿病腎症が発症した場合には、糖尿病としての管理・指導に加えて、将来透析が必要になる可能性があることを早い段階から患者と家族に認識していただき慢性腎臓病として指導することが必要です。
- 糖尿病に足病変が合併することの認識の低さや網膜症による視力障害のため、足病変の発見や受診が遅れる傾向にあります。そのため、比較的若年の働き盛りの患者が足・趾切断を余儀なくされる例がみられます。糖尿病合併症としての足病変の頻度の高さとそれに対するフットケア³の重要性について啓発が必要です。
- 歯周病は、糖尿病の増悪因子であるため、歯科医師との連携による適切な歯周病治療が必要です。また、糖尿病の血糖コントロール改善には歯周病治療による改善が良い影響を及ぼすとも言われているので、こうした知識の啓発も必要です。

(イ) 初期・安定期治療

- 糖尿病は食事療法と運動療法が基本的治療ですが、薬物療法の併用により血糖コントロールを適切に行うことで合併症の発症を予防することができるため、治療中断の予防のためにかかりつけ医の定期的な受診が必要です。
- 初めて糖尿病と診断された患者においても、すでに糖尿病腎症、糖尿病網膜症等を合併していることがあるため、糖尿病の診断時から各診療科が連携を図る必要があります。安定期の治療を行う医療機関、専門治療や急性合併症に対応する医療機関、慢性合併症の治療を行う医療機関との連携が必要です。

(ウ) 専門治療や急性合併症の治療

- 糖尿病は、薬物による治療に併せて、食事療法や運動療法により血糖のコントロールをしていくことが重要となります。そのため、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、栄養士等の多職種の連携が必要です。
- 県内では地域によっては医療機関が少ない現状があるため、血糖コントロールが難しい患者に対しては、地域の関係者の連携のもとに、教育入院等により集中的に治療と生活指導が受けられる体制が必要です。
- 糖尿病の急性合併症に対応できる救急医療体制が必要です。

(エ) 慢性合併症の治療

- 慢性合併症の検査に加え、発症後、速やかに専門的な治療が受けられる必要があります。

³ フットケア：足に起こる病変の原因を追究し、適切な治療を行い、再発を防ぎ、足病変から全身を診ること。

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

(オ) 地域との連携

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

(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
特定健診受診率	57.8% (2019年度)	70%以上	第3期医療費適正化計画の目標値	国法定報告
年間の新規透析導入患者のうち、糖尿病腎症の患者数	491人 (2019年)	481人	健康日本21の算定方法に準じて算出	日本透析医学会統計調査

イ 施策の方向性

(ア) 発症・合併症予防

- 糖尿病の発症・重症化は食生活など生活習慣と密接な関係にあるため、糖尿病の発症を予防する適切な生活習慣の知識を普及啓発します。学校教育の場でも生活習慣病予防の啓発に取り組みます。
- 特定健康診査受診者の検査結果、生活習慣などのデータを分析し、地域や健保組合ごとの特性を分かりやすく伝え、住民の理解を深めることで、生活習慣改善に向けた取組の動機付けとなるよう支援します。
- 特定健康診査の結果に基づき、適切な受診勧奨及び食事指導等の生活習慣改善のための保健指導ができるよう、保険者等に必要な助言支援等を行います。
- 歯周病がある人は糖尿病発症のリスクが高いことと、歯周病治療が糖尿病発症予防に有効であることを啓発します。歯周病を診察する歯科医は、糖尿病がないかどうか、かかりつけ医に相談することを促し、かかりつけ医は歯科医へ歯周病の治療を相談するよう促します。
- 歯周病検診において、歯周病と糖尿病との関係について啓発します。
- 養成機関と協力して糖尿病療養指導士養成を支援し、糖尿病療養指導士の活用推進を医療機関等へ啓発します。

(イ) 初期・安定期の治療

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

(ウ) 専門治療・急性増悪時の治療、慢性合併症の治療

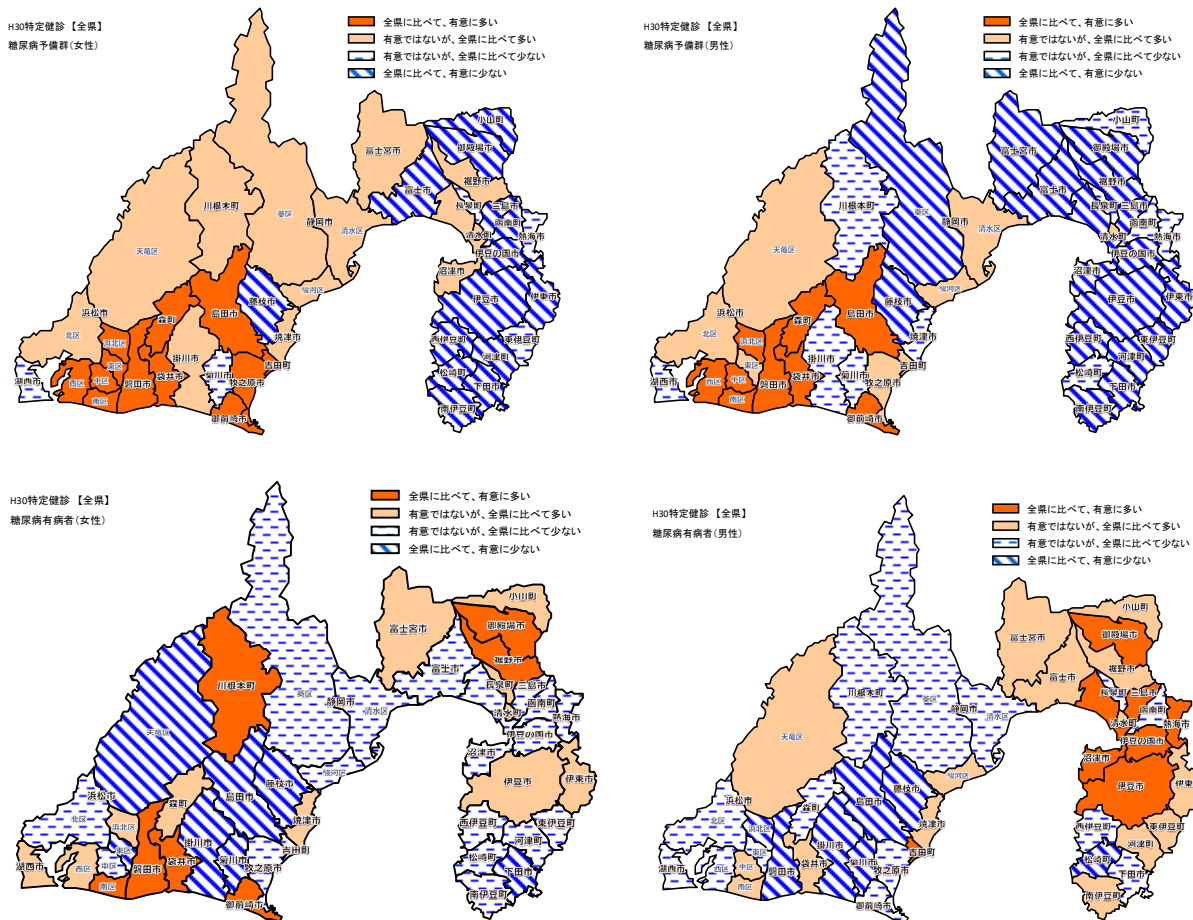
- 安定期の治療を行う医療機関と血糖コントロール困難例への治療や慢性合併症の治療を行う専門医療機関との、地域での切れ目のない医療連携体制の整備を進めるほか、地域の医療機関間での患者情報の共有を進めます。
- 静岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを活用し、かかりつけ・専門医との連携のもと重症化予防を図ります。

(エ) 地域との連携

- 医療従事者が地域での健康づくりや生活習慣病予防の活動に協力できる体制を作ります。
- 糖尿病の発症予防、重症化予防を行う市町及び保険者等と糖尿病及びその合併症の治療を行う医療機関や薬局において、情報共有や連携協力体制の構築を進めます。

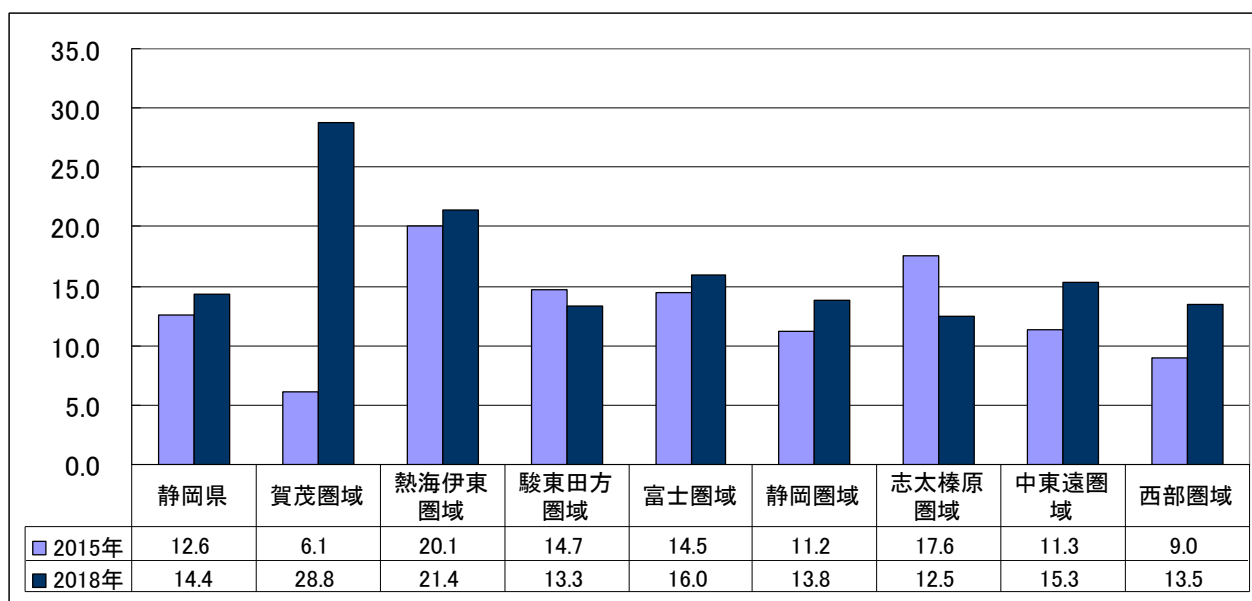
関連図表

○糖尿病有病者数



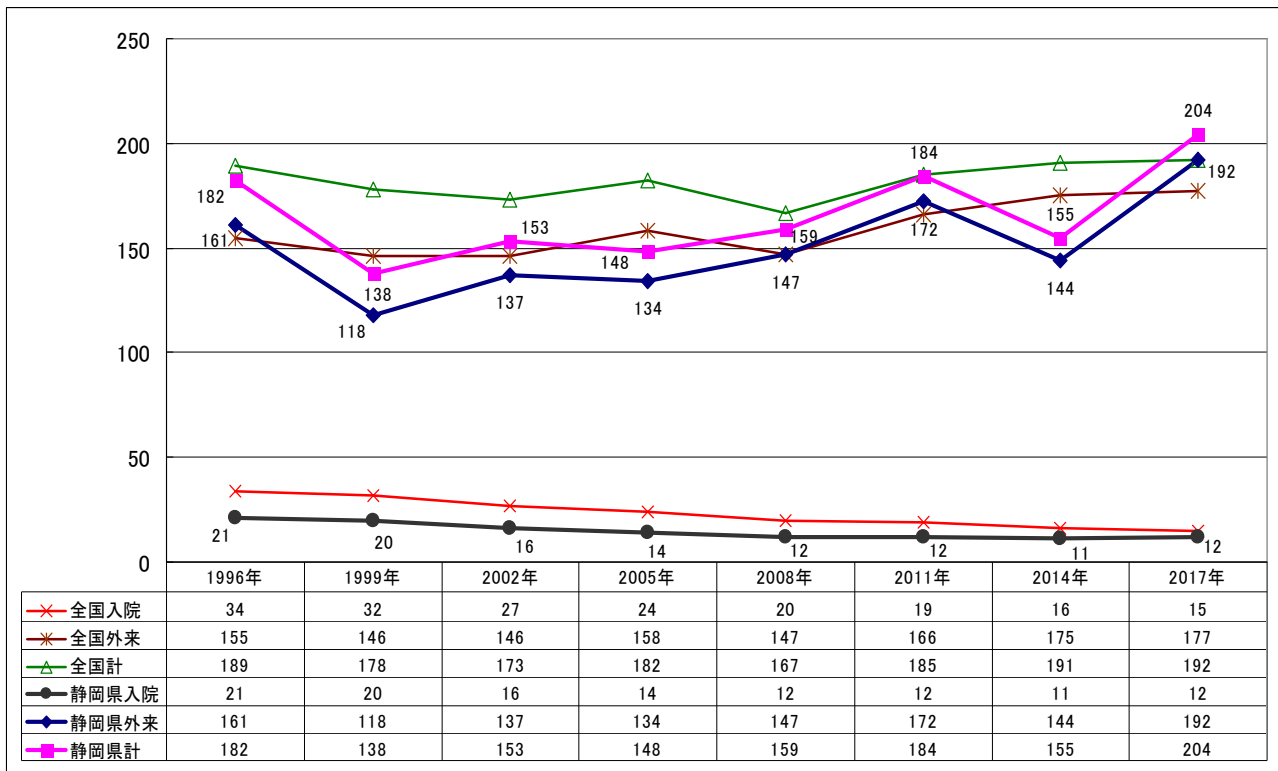
(出典：静岡県総合健康センター「平成30年度特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」)

○保健医療圏別の糖尿病死亡率(人口10万対)



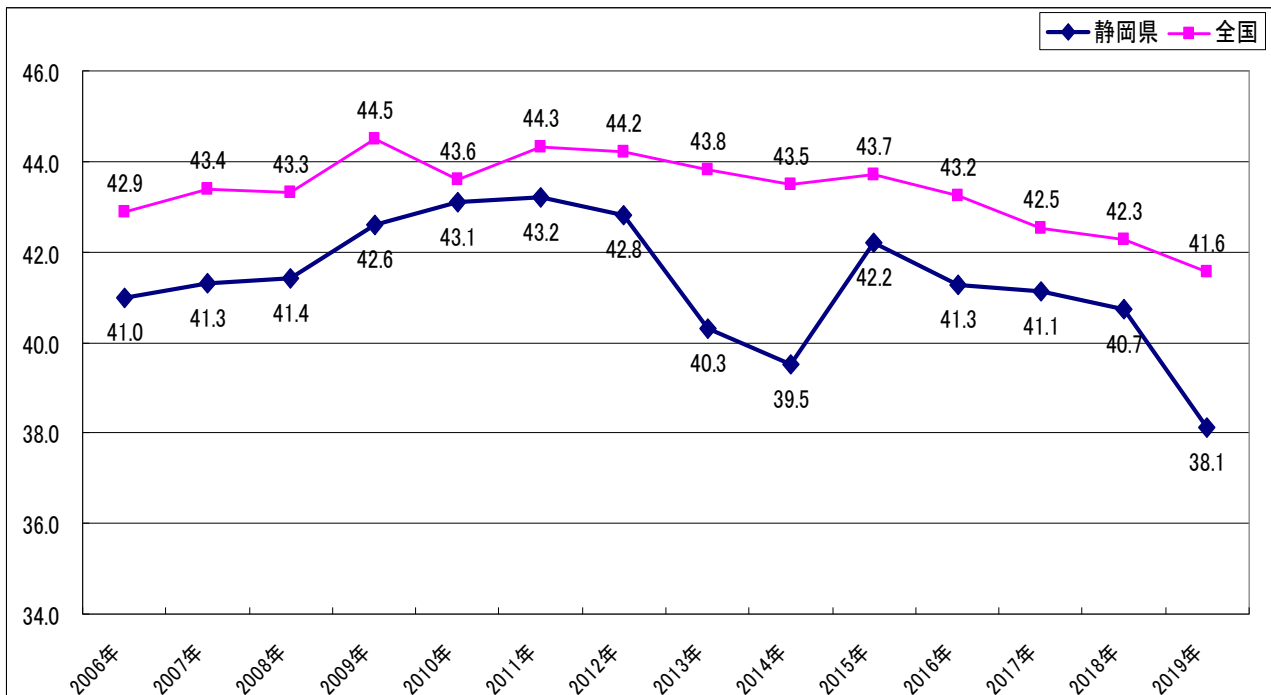
(出典：厚生労働省「2018年人口動態統計」より)

○ 入院、外来別受療率（人口 10 万人対）



（出典：厚生労働省「平成 29 年患者調査」より算出）

○ 新規透析導入患者の糖尿病性腎症の割合



（出典：（一社）日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」）

○ 指標による現状把握

(医療従事者の状況)

指標名	全国	二次保健医療圏								調査年	調査名等	
		静岡県	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠			西部
糖尿病内科(代謝内科)医師数 (10万人あたり)	— —	115 3.1	— —	5 4.9	15 2.3	9 2.4	29 4.2	11 2.4	9 1.9	37 4.3	平成30年	医師・歯科 医師・薬剤 師調査
糖尿病専門医数 (10万人あたり)	5919 4.6	108 2.9	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	令和元年 10月4日	日本糖尿 病学会
糖尿病指導士数 (10万人あたり)	19095 15.0	412 11.1	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	令和元年 8月5日	日本糖尿 病療養指 導士認定 機構
糖尿病看護認定看護師数 (10万人あたり)	904 0.7	10 0.3	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	令和2年 1月31日	日本看護 協会

(初期安定期治療の状況)

指標名	全国	二次保健医療圏								調査年	調査名等	
		静岡県	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠			西部
糖尿病内科(代謝内科)を標榜する 病院数 (10万人あたり)	1424 1.1	27 0.7	— —	4 3.9	8 1.2	1 0.3	3 0.4	3 0.7	3 0.6	5 0.6	平成29年	医療施設 調査
糖尿病内科(代謝内科)を標榜する 一般診療所数 (10万人あたり)	531 0.4	13 0.3	— —	— —	4 0.4	1 0.3	3 0.4	1 0.2	— —	4 0.5	平成29年	医療施設 調査
I型糖尿病患者に対する専門的治療 を行う医療機関数 (10万人あたり)	1363 1.1	34 0.9	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	令和元年	診療報酬 施設基準

(慢性合併症治療の状況)

指標名	全国	二次保健医療圏								調査年	調査名等	
		静岡県	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠			西部
糖尿病足病変の管理が可能な 医療機関数 (10万人あたり)	— —	65 1.7	2 3.2	6 5.8	15 2.3	5 1.3	9 1.3	4 0.9	6 1.3	18 2.1	平成31年 3月31日	診療報酬 施設基準
歯周病専門医数 (10万人あたり)	1130 0.9	19 0.5	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	令和元年 10月31日	日本歯周 病学会
新規下肢切断術件数 (10万人あたり)	7852 6.2	212 5.7	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	令和元年	NDB [※] 解 析

※NDB:レセプト情報・特定健診等情報データベース

肝炎

【対策のポイント】

- ウイルス性肝炎に関する正しい知識の普及と新規感染予防の推進
- 肝炎ウイルス検査の受検勧奨と検査陽性者に対する受診勧奨の推進
- 肝炎医療を提供する体制の確保と患者や家族等に対する支援の充実

【数値目標に対する進捗状況】

項目	策定時	現状値	目標値	進捗状況
肝疾患死亡率 (人口 10 万人当たり)	31.2 (2016 年)	<u>28.1</u> (2019 年)	27.0 以下 (2022 年)	目標に向け数値が改善
ウイルス性肝炎の死亡者数	100 人 (2016 年)	<u>83 人</u> (2019 年)	50 人以下 (2022 年)	目標に向け数値が改善

1 現状と課題

(1) 肝炎の医療

- ・肝炎とは、肝臓の細胞が破壊されている状態であり、その原因は、ウイルス性、アルコール性、脂肪性(非アルコール性脂肪性肝炎)、自己免疫性等に分類され、我が国では、B型肝炎ウイルス又はC型肝炎ウイルスの感染に起因する肝炎患者が多くを占めています。
- ・ウイルス性肝炎は、自覚症状があまり無いため、適切な治療を行わないまま放置すると慢性化し、肝硬変や肝がんといったより重篤な病態に進行するおそれがありますが、早期発見と適切な治療でその進行を防ぐことができます。
- ・ウイルス性肝炎に効果的な治療として、インターフェロン治療や核酸アナログ製剤治療、インターフェロンフリー治療などの抗ウイルス療法があります。

(2) 本県の状況

(肝炎ウイルス感染者の状況)

- ・県内の肝炎ウイルス感染者は、B型 3.3～4.2 万人、C型 5.7 万～6.9 万人と推定され、また、治療が必要な患者は、B型が約 5 千人、C型が約 1万4 千人と推定されます。
- ・2020 年度にウイルス性肝炎に関する医療費助成を受けた人は、延べ 2,733 人となっています。

(死亡・り患の状況)

- ・本県における 2019 年の人口 10 万人当たり肝がん死亡率は 19.8 人で、全国平均 (20.4 人) とほぼ同じになっています。
- ・本県における 2017 年の人口 10 万人当たり肝がん罹患率は 11.6 人で、全国平均 (13.3 人) よりやや少なくなっています。
- ・2018 年の医療圏別の肝疾患死亡率では、賀茂医療圏、熱海伊東医療圏、駿東田方医療圏、富士医療圏及び静岡医療圏が県全体より高く、東高西低の状況にあります。

(医療連携体制の状況)

- ・2008年2月に、2次保健医療圏ごとに専門的な医療機関である「地域肝疾患診療連携拠点病院」を指定しました(2021年3月末現在 28施設)。
- ・2009年3月には、地域肝疾患診療連携拠点病院における医療水準の向上と連携を図るために、肝疾患に関する診療ネットワークの中心的な役割を担う「静岡県肝疾患診療連携拠点病院」(肝疾患相談支援センター併設)を、県内で2施設指定しました。
- ・2012年度から、身近で初期診断・安定期治療を受けることができるように、地域肝疾患診療連携拠点病院と連携した「肝疾患かかりつけ医」を登録(2021年3月末現在 267施設)し、ホームページにより公表・周知しています。

(発生予防)

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

(3) 医療提供体制

① 肝炎ウイルス検査

- ・肝炎ウイルス感染を発見し、早期の治療開始につなげるために、肝炎ウイルス検査は、大変に重要です。市町、保健所及び県委託医療機関では、無料で検査を実施しており、検査実績は、年間4万件から5万件前後で推移していますが、県民が生涯に1回は検査を受けるように、引き続き、肝炎に関する正しい知識を普及し、受検勧奨していく必要があります。
- ・肝炎ウイルス感染者の早期発見のために、2017年1月に全国健康保険協会静岡支部と肝炎対策に関する協定を締結しています。職域(健康保険組合等)において肝炎ウイルス検査の実施について、職域への働きかけを行う必要があります。
- ・2019年度の市町、保健所及び県委託医療機関での肝炎ウイルス検査数は、B型が42,966件(うち陽性者215件:0.5%)、C型が43,396件(うち陽性者118件:0.3%)となっています。

② 肝炎ウイルス検査陽性者等のフォローアップ

- ・市町、保健所、県委託医療機関及び全国健康保険協会静岡支部のいずれかが実施したB型・C型肝炎ウイルス検査の結果、陽性と判定された者に対し、初回精密検査の費用を助成しています。2020年度の助成件数は、31件です。
- ・肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎、肝硬変又は肝がんの治療中又は治療後経過観察中である者に対し、定期的に受ける検査の費用の一部を助成しています。2020年度の助成件数は、96件です。
- ・肝炎ウイルス検査陽性者等に対し、市町、保健所及び県委託医療機関等における肝炎医療コーディネーター¹が中心となり、受診勧奨や治療の中断を防ぐ働きかけを行う必要があります。2021年3月末現在、303人を肝炎医療コーディネーターに認定しています。

¹ 肝炎医療コーディネーター：地域住民への肝炎に関する正しい知識の普及、肝炎ウイルス検査の受検勧奨、検査後の精密検査受診やフォローアップのための定期受診の勧奨、治療と就労の両立支援等を地域や職域で中心となって進める者。養成研修を受けた市町や保健所の保健師、医療機関の看護師、職域の健康担当管理者等。

③ 肝炎患者に対する支援

- ・2008年度から、B型・C型慢性肝炎等に対する抗ウイルス療法（肝炎ウイルスの排除やその増殖を抑制する治療）の医療費の助成事業を実施しています。
- ・2018年度から、B型・C型肝炎ウイルスに起因する肝がん・重度肝硬変患者の医療費の助成事業を開始しました。
- ・適切な時期に必要な検査、治療を行うとともに、肝炎患者等が自身の病状を把握できるよう、検査プランと肝機能等の血液検査、肝臓画像検査の概要を記入することができ、診療連携にも役立てることができる「肝臓病手帳²」を配付しています。

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

2 今後の対策

(1) 数値目標

	項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
継続	肝疾患死亡率 (人口 10 万人当たり)	<u>28.1</u> (2019 年)	27.0 以下 (2022 年)	県の過去 3 年間の減少率 の維持	厚生労働省「人口 動態統計」
	ウイルス性肝炎の死亡者数	<u>83 人</u> (2019 年)	50 人以下 (2022 年)	半減を目指す	厚生労働省「人口 動態統計」
新規	<u>肝がんり患率</u> (人口 10 万人当たり)	<u>11.6</u> (2017 年)	<u>12.0 以下</u> (2019 年)	<u>全国平均以下を維持</u>	<u>静岡県地域がん登 録報告書</u>

(2) 施策の方向性

① 肝炎に関する正しい知識の普及と新規感染予防の推進

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

② 肝炎ウイルス検査の受検勧奨と検査陽性者に対する受診勧奨

- ・県民が肝炎ウイルス検査の必要性を自覚し、生涯に一度は検査を受検するように勧奨するとともに、検査陽性者の定期的、継続的な受診に向けたフォローアップを行います。
- ・全国健康保険協会静岡支部と締結した肝炎対策に関する協定を、他の健康保険組合等にも拡大し、肝炎医療コーディネーターと連携し、職域における肝炎ウイルス検査の受検勧奨と肝炎ウイルス検査陽性者に対する受診勧奨を推進します。

③ 肝炎医療を提供する体制の確保

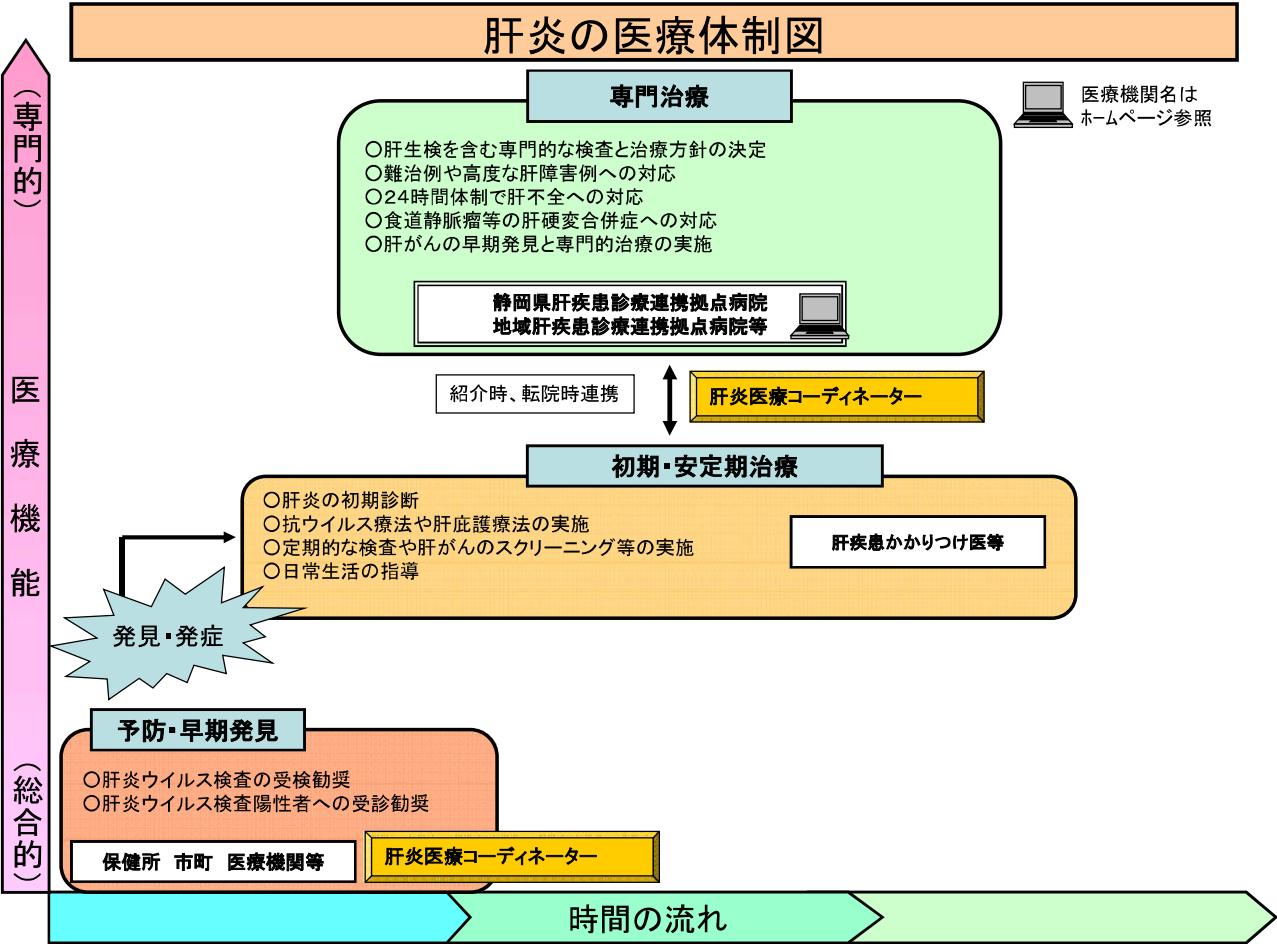
- ・肝炎患者等が、身近な医療機関や薬局で適切な医療を継続して受けられるように、静岡県肝疾患診療連携拠点病院、地域肝疾患診療連携拠点病院及び肝疾患かかりつけ医の連携体制の充実を図ります。
- ・「肝臓病手帳」の周知及び普及を進め、手帳等を活用した肝疾患かかりつけ医と地域肝疾患診療連携拠点病院の連携を促進します。
- ・肝炎医療コーディネーター養成研修を開催し、受講者を肝炎医療コーディネーターに認定するとともに、技能向上のための継続的な研修会や情報交換会を開催するなど、肝炎医療に携わる人材を育成し、維持します。

④ 肝炎患者等及びその家族に対する支援の充実

- ・肝炎患者及びその家族の経済的負担の軽減のため、肝炎医療費及び肝がん・重度肝硬変医療費の助成を着実に実施します。
- ・肝炎医療コーディネーターによる肝疾患相談・支援センターや保健所等における相談支援を充実させます。
- ・肝炎患者等及びその家族のために、保健所において相談会や交流会を開催します。
- ・肝炎医療コーディネーターによる肝炎患者の仕事と治療の両立支援を推進します。

肝炎の医療体制に求められる医療機能

	予防・早期発見	初期診断・安定期治療	専門治療
ポイント	<ul style="list-style-type: none"> ○新規の感染を予防する啓発 ○職域における普及啓発活動の実施 ○肝炎ウイルス検査の受検勧奨 ○肝炎ウイルス検査陽性者への受診勧奨 	<ul style="list-style-type: none"> ○内服処方・注射・定期的な検査等日常的な処置の実施 ○肝疾患に関する専門医療機関との診療情報等の共有等による連携 	<ul style="list-style-type: none"> ○専門的な知識を持つ医師による診断と治療方針の決定 ○高度な知識を必要とする肝炎医療の実施 ○肝がんの高危険群の同定と正確な診断、高度な治療の実施 ○初期・安定期の治療を行う医療機関との連携
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> ・1歳に至るまでの者に対するB型肝炎ワクチンの定期接種の勧奨 ・中学・高校における思春期講座等の機会を活用した感染予防のための知識の普及 ・雇用主・従業員に対する肝炎に対する知識の普及・啓発活動の実施 ・肝炎医療コーディネーターの活用による職域における受検勧奨 ・肝炎ウイルス検査陽性者に対する受診勧奨や初回精密検査費用助成によるフォローアップの実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・肝炎患者等が、身近な医療機関で、継続して治療を受けられるための「肝疾患かかりつけ医」等による初期診断などの実施 ・肝炎の初期診断に必要な検査の実施 ・抗ウイルス療法や肝庇護療法の実施（専門治療を行う医療機関との連携による治療を含む。） ・肝臓病手帳を活用した定期的な検査の実施（肝機能検査、肝がんのスクリーニング（1次）検査等） ・地域肝疾患診療連携拠点病院との診療情報や治療計画の共有等による連携 	<ul style="list-style-type: none"> ・2次保健医療圏において「肝疾患かかりつけ医」等と「地域肝疾患診療連携拠点病院」との連携による診療体制の確保と診療の質の向上 ・肝臓専門医等が行う肝生検を含む専門的な検査とそれに基づく治療方針の決定 ・難治例や高度肝障害例への対応、24時間体制での肝不全への対応、食道静脈瘤等の肝硬変合併症への対応、専門職種による食事や運動等の日常生活の指導を実施 ・高度な知識を有する肝臓専門医等の診断による肝がんの確実な発見と、発見された肝がんに対する肝切除術、ラジオ波焼灼、肝動脈塞栓術等、高度な技術を必要とする、より専門的治療の実施 ・肝臓病手帳等を活用した肝疾患かかりつけ医等との診療情報や治療計画の共有等による連携



関連図表

○肝炎患者数の推定

	全国		静岡	
	B型	C型	B型	C型
キャリア ※1	110～140 万人	190～230 万人	3.3～4.2 万人	5.7～6.9 万人
患者 ※2	17 万人	47 万人	5,100 人	14,100 人

※1 出典：2004 年度厚生労働科学研究費補助金肝炎等克服緊急対策研究事業報告書（吉澤班）（厚生労働科学研究）より推計

静岡県の感染者数は全国推計値に静岡県人口比率3%を乗じて算出

※2 出典：2016 年度「B型・C型肝炎による肝硬変、肝がん患者における医療費等の実態調査」（伊藤班）（厚生労働科学研究）より推計

静岡県の感染者数は全国推計値に静岡県人口比率3%を乗じて算出

○肝がん罹患率（人口10万人当たり）の推移

	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年
全国	15.2	14.7	14.1	14.7	13.3
静岡県	13.9	12.9	13.5	14.4	11.6

出典：

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

2016年～2017年：国立がん研究センターがん情報センター「がん登録・統計」（全国がん登録）

（静岡県）静岡県地域がん登録報告書

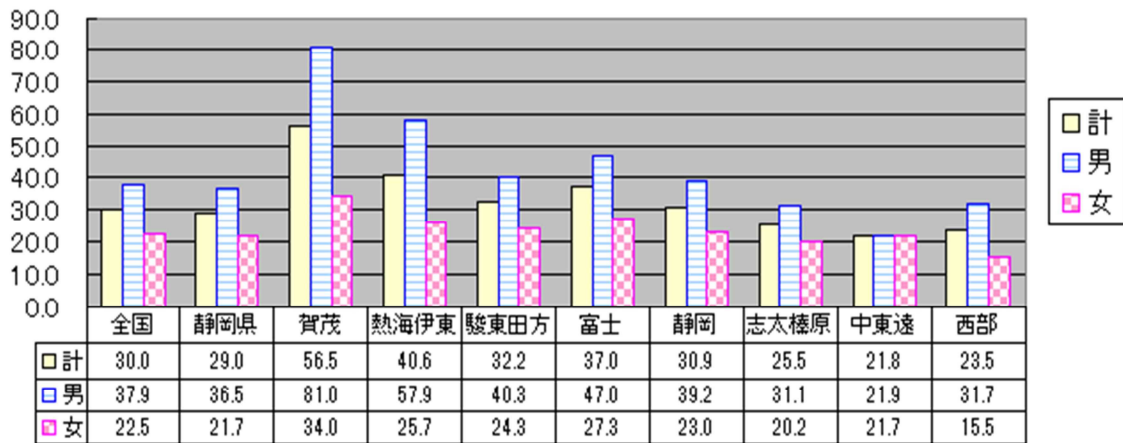
肝がん：肝及び肝内胆管の悪性新生物

○肝疾患による死亡者数・死亡率（人口10万人当たり）の推移

	区分	ウイルス性肝炎		肝硬変		肝がん		計	
		全国	静岡県	全国	静岡県	全国	静岡県	全国	静岡県
2015年	死亡者数	4,514人	153人	7,649人	186人	28,889人	855人	41,052人	1,194人
	死亡率	3.6	4.2	6.1	5.1	23.1	23.6	32.8	32.9
2016年	死亡者数	3,848人	100人	7,702人	219人	28,528人	808人	40,078人	1,127人
	死亡率	3.1	2.8	6.2	6.1	22.8	22.4	32.1	31.2
2017年	死亡者数	3,743人	87人	8,284人	195人	27,116人	754人	39,143人	1,036人
	死亡率	3.0	2.4	6.6	5.4	21.8	20.9	31.4	28.7
2018年	死亡者数	3,055人	97人	8,307人	213人	25,925人	723人	37,287人	1,033人
	死亡率	2.5	2.7	6.7	5.9	20.9	20.2	30.0	28.8
2019年	死亡者数	2,657人	83人	8,088人	215人	25,264人	703人	36,009人	1,001人
	死亡率	2.1	2.3	6.5	6.0	20.4	19.8	29.1	28.1

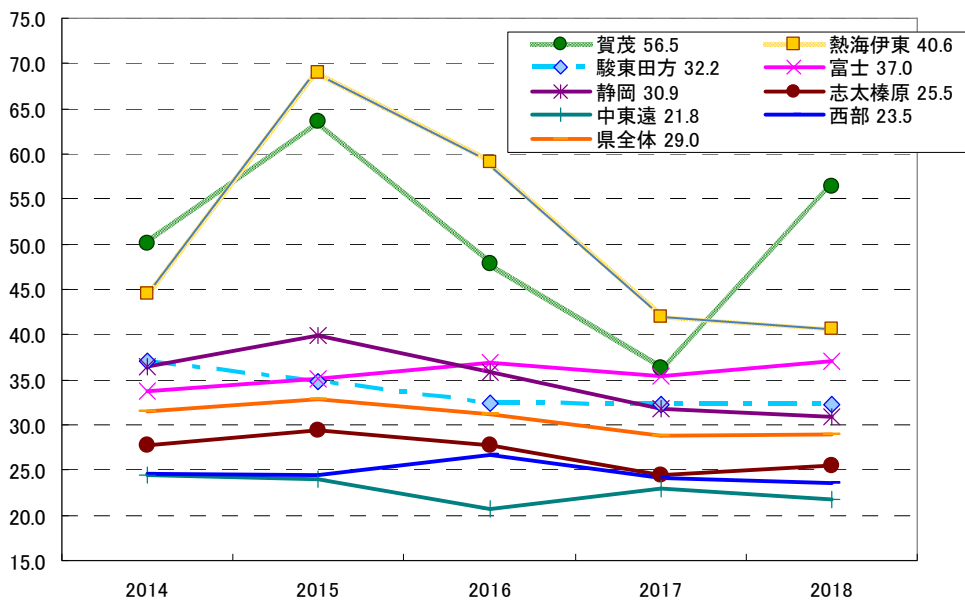
出典：人口動態統計（厚生労働省）のうち「01400ウイルス性肝炎」、「11301肝硬変（アルコール性を除く）」、「02106肝及び肝内胆管の悪性新生物」を掲出
死亡率は人口10万当たりの死亡率（死亡者数）を算出

○医療圏別の肝疾患死亡率（人口10万人当たり／2018年）



出典：静岡県人口動態統計のうち「01400ウイルス性肝炎」、「11301肝硬変（アルコール性を除く）」、「02106肝及び肝内胆管の悪性新生物」を掲出
死亡率は2018年10月の推計人口から人口10万人当たりの死亡率（死亡者数）を算出

○医療圏別の肝疾患死亡率の推移（人口10万人当たり）



○ウイルス性肝炎による死亡数

2018年死亡数		静岡県	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
01400 ウイルス肝炎	総数	97	2	4	14	16	23	12	7	19
	男	54	1	3	7	11	13	7	2	10
	女	43	1	1	7	5	10	5	5	9
01401 B型ウイルス肝炎	総数	8	0	1	3	2	0	1	1	0
	男	7	0	1	3	2	0	1	0	0
	女	1	0	0	0	0	0	0	1	0
01402 C型ウイルス肝炎	総数	81	2	3	10	11	23	9	6	17
	男	41	1	2	4	6	13	4	2	9
	女	40	1	1	6	5	10	5	4	8
01403 その他のウイルス肝炎	総数	8	0	0	1	3	0	2	0	2
	男	6	0	0	0	3	0	2	0	1
	女	2	0	0	1	0	0	0	0	1

出典：「静岡県人口動態統計」

○肝炎ウイルス検査の実施状況

年度	受検者区分	健康増進事業		特定感染症検査等事業		計
		40歳検診	40歳以外 検診※3	保健所 検査	委託医療機関 検査	
2011	B型(人)	4,373	34,268	2,599	9,443	50,683
	陽性者(人)※1	22	224	12	85	343
	陽性者率	0.50%	0.65%	0.46%	0.90%	0.68%
	C型(人)	4,425	34,668	1,216	9,439	49,748
	陽性者(人)※2	1	171	20	102	294
	陽性者率	0.02%	0.49%	1.64%	1.08%	0.59%
2012	B型(人)	4,469	35,547	2,654	11,253	53,923
	陽性者(人)	18	222	23	77	340
	陽性者率	0.40%	0.62%	0.87%	0.68%	0.63%
	C型(人)	4,598	35,990	1,381	11,253	53,222
	陽性者(人)	4	153	22	98	277
	陽性者率	0.09%	0.43%	1.59%	0.87%	0.52%
2013	B型(人)	4,603	36,703	2,862	8,925	53,093
	陽性者(人)	16	223	8	55	302
	陽性者率	0.35%	0.61%	0.28%	0.62%	0.57%
	C型(人)	4,664	37,288	1,642	8,926	52,520
	陽性者(人)	6	156	17	63	242
	陽性者率	0.13%	0.42%	1.04%	0.71%	0.46%
2014	B型(人)	4,438	36,934	2,977	9,442	53,791
	陽性者(人)	12	217	7	90	326
	陽性者率	0.27%	0.59%	0.24%	0.95%	0.61%
	C型(人)	4,561	37,644	1,959	9,451	53,615
	陽性者(人)	5	123	7	74	209
	陽性者率	0.11%	0.33%	0.36%	0.78%	0.39%
2015	B型(人)	4,437	39,180	2,429	9,238	55,284
	陽性者(人)	8	225	13	44	290
	陽性者率	0.18%	0.57%	0.54%	0.48%	0.52%
	C型(人)	4,524	39,767	1,523	9,239	55,053
	陽性者(人)	3	118	7	60	188
	陽性者率	0.07%	0.30%	0.46%	0.65%	0.34%
2016	B型(人)	4,395	25,960	2,172	7,965	40,492
	陽性者(人)	7	138	5	41	191
	陽性者率	0.16%	0.53%	0.23%	0.51%	0.47%
	C型(人)	4,475	26,332	1,279	7,964	40,050
	陽性者(人)	4	97	7	38	146
	陽性者率	0.09%	0.37%	0.55%	0.48%	0.36%
2017	B型(人)	4,230	28,909	2,311	7,457	42,907
	陽性者(人)	5	163	11	30	209
	陽性者率	0.12%	0.56%	0.48%	0.40%	0.49%
	C型(人)	4,319	29,265	1,543	7,457	42,584
	陽性者(人)	2	96	6	45	149
	陽性者率	0.05%	0.33%	0.39%	0.60%	0.35%
2018	B型(人)	4,244	30,496	2,670	7,420	44,830
	陽性者(人)	12	143	14	36	205
	陽性者率	0.28%	0.46%	0.52%	0.49%	0.45%
	C型(人)	4,322	30,850	2,420	7,421	45,013
	陽性者(人)	3	106	6	23	138
	陽性者率	0.07%	0.34%	0.25%	0.31%	0.38%
2019	B型(人)	4,105	30,164	2,588	6,109	42,966
	陽性者(人)	8	169	6	32	215
	陽性者率	0.19%	0.56%	0.23%	0.52%	0.50%
	C型(人)	4,195	30,571	2,520	6,110	43,396
	陽性者(人)	2	80	3	33	118
	陽性者率	0.05%	0.26%	0.12%	0.54%	0.27%

※1：HBs抗原検査において「陽性」と判定された者(人)

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

※3：40歳検診以外の対象者への検診

出典：[\(健康増進事業\)健康増進事業実績報告\(2011-2017\)](#)、[地域保健・健康増進事業報告\(2018-2019\)](#)

[\(特定感染症検査等事業\)特定感染症等事業実績報告](#)

6 (精神疾患)

【対策のポイント】

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

【数値目標に対する進捗状況】

項目	策定時	現状値	目標値	進捗状況
精神科病院1年以上の長期在院者数	3,518人 (2016.6.30) ※暫定値	<u>3,188人</u> (2020.6.30)	3,232人以下 (2020年度)	目標値を達成
精神科病院入院後3か月時点退院率	57.8% (2016.6.30) ※暫定値	65.4% (2017年度)	69%以上 (2020年度)	目標に向け数値が改善
精神科病院入院後6か月時点退院率	79.1% (2016.6.30) ※暫定値	84.6% (2017年度)	84%以上 (2020年度)	目標値を達成
精神科病院入院後1年時点退院率	88.6% (2016.6.30) ※暫定値	91.9% (2017年度)	90%以上 (2020年度)	目標値を達成

1 現状と課題

(1) 精神疾患の医療

- 精神疾患は、2017年の患者調査によると全国で推定患者数は419万人を超える水準となっています。そのうち、入院患者数は約30.2万人、外来患者数は約389.1万人であり、1年以上の長期入院患者数は約17.1万人となっています。我が国での調査結果では、国民の4人に1人(25%)が生涯でうつ病等の気分障害、不安障害及び物質関連障害のいずれかを経験していることが明らかとなっています。また、WHOによると世界で1,000人に7人(0.7%)が統合失調症に罹患しています。
- 高血圧や糖尿病、がんなどの予防はエビデンスに基づいた方法が確立していますが、精神疾患については、その必要性は認識されているものの予防の効果を実証することが困難であり、具体的な方法は確立されているとはいえません。しかし、適度な運動や、バランスのとれた栄養・食生活は身体だけでなく、こころの健康においても重要な基礎となるものです。これらに、心身の疲労の回復と充実した人生を目指す「休養」が加えられ、健康のための3つの要素とされてきたところです。さらに、十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことはこころの健康に欠かせない要素となっています。
- 精神疾患の診断の基本は、十分な観察・問診による精神症状の正確な把握であり、心理検査等の検査が診断の補助として行われています。精神疾患は、内科などに比べ客観的な指標が乏しいものの、近年、神経画像・脳機能画像などの技術が進歩しており、客観的診断方法として期待されています。診断においては、身体疾患に起因する症状性精神障害なども考慮し、精神症

状のみならず全身状態の把握も重要です。また、身体疾患で内科等を受診した患者に、うつ病等の精神疾患が疑われる場合には、精神科医に紹介することによって、より正確な診断が行われることが、適切な治療選択の観点からも重要と考えられます。

- 精神疾患の治療においては、薬物・精神療法が中心となります。薬物療法において、向精神薬（抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬、睡眠薬）を処方する際は、必要な投与期間、出現し得る全ての有害作用に対する対処法、奏功しなかった場合の代替薬物、長期投与の適応などの知識をもとに、治療計画を患者とその家族等に説明しておく必要があります。また精神療法においては、認知行動療法等が薬物療法と同等の効果をあげる場合もありますが、作業療法、精神科デイ・ケアを含めた専門的な精神療法以外にも、生活習慣の改善等の重要性があげられます。診断や治療において、生物学的、心理学的、社会文化的側面を考慮できる視点が必要であり、薬物療法だけに限らない多様な治療法を用いることが重要と考えられます。
- うつ病の診断では、うつ病だけではなく、甲状腺疾患、副腎疾患、膝疾患、膠原病、悪性腫瘍、脳血管障害など身体疾患でもうつ状態を呈することに留意し、また、躁うつ病（双極性感情障害）、認知症、統合失調症などの精神疾患との鑑別も考慮する必要があります。さらに、アルコール依存症との併存や、身体疾患の治療目的で使用されている薬物によるうつ病にも注意が必要です。うつ病の診断には、上記の鑑別診断を考慮に入れた詳細な問診が不可欠であり、心理検査を補助的に用いることがあります。治療は、抗うつ薬を中心としつつ、認知行動療法等の精神療法など非薬物療法も行われています。
- 全国の自殺者数は、人口動態統計調査によると、1998年から2009年まで連続で3万人を超える水準であったものが、2010年以降は3万人を切り、減少傾向にあります。自殺にいたる要因のうち、健康問題の中では、うつ病が多くをしめています。
- 精神疾患にはこのほか、高齢化の進行に伴って急増しているアルツハイマー病等の認知症やてんかん、発達障害等も含まれており、精神疾患は住民に広く関わる疾患です。また、精神疾患は、あらゆる年齢層で疾病により生じる負担が大きく、また、精神疾患にかかると稼得能力の低下などにより、本人の生活の質の低下をもたらすとともに、社会経済的な損失を招きます。
- 少子化によって一般小児科の受診者数が減少しているのに対し、児童精神科を標榜する医療機関を受診する子どもの数は増加しており、近年では初診までの待機日数の長期化が常態化しています。長期的視点に立てば、児童精神科医療の充実は、子どもの心の問題の遷延化を防ぎ、ひきこもりやうつ病、自殺など、成人期の心の問題の予防対策にも大きく寄与することになります。

(2) 本県の状況

(精神科病院等の状況)

- 2021年5月1日現在、精神病床を有する県内の病院数は39病院（休棟1病院を含む）、精神科病院（精神病床のみを有する病院）数は32病院で、精神病床数は、6,537床となっています。また、精神科を主たる診療科目として標榜する診療所の数は、2017年度の医療施設調査では60診療所となっています。精神科病院の医師数は、2017年度の病院報告では244人となっています。

(精神科病院の入院患者の状況)

- 県内の精神科病院に入院している人は、精神科病院月報によると2021年3月末現在5,269人で、4年前（2017年3月末現在5,508人）と比べ239人、約4.3%減少しています。また、県内の精神病床における入院患者の平均在院日数は、2020年度は216.4日で、4年前（2016年度228.5日）と比べ12.1日短くなっています。これは、治療技術の向上、抗精神病薬の開発等、精神障害に関する医療環境が改善されていることや障害福祉サービス事業所の整備が進んできたことなどから、早期退院が可能になったためと考えられます。
- 一方で、1年以上の長期入院患者は、2020年6月末現在3,188人と、全体の60.8%を占めています（厚生労働省精神保健福祉資料）。病状が安定し、退院しても家族の受入体制がない、経済的な不安、地域生活の受け皿となる障害福祉サービス事業所や地域生活を支援するサービスが少ないなど、家庭や地域の受入体制が整わないために退院できない、いわゆる社会的入院患者が相当数に上るものと推測されています。

(精神科救急の状況)

- 2021年度の県内の精神科救急医療施設は10施設で、内訳は常時対応の常時対応型病院4施設、輪番型病院6施設となっています。2020年度の夜間・休日における精神医療相談窓口での相談件数は9,553件、精神科救急情報センターへの電話相談件数は3,468件となっています。また、2020年度の夜間・休日の受診件数は1,105件、入院件数は598件であり、受診件数は増減を繰り返していますが、入院件数は減少傾向となっています。

(疾患ごとの患者の状況) ※一般病院の患者数を含む。

【統合失調症】

- 2017年に医療機関を継続的に受療している統合失調症の外来患者数は46,392人、入院患者数は7,680人です。
- 統合失調症は、およそ100人に1人弱がかかる頻度の高い病気ですが、新しい薬の開発と心理社会的ケアの進歩により、初発患者のほぼ半数は、治療により寛解後、長期的な回復を期待できるようになりました。

【うつ病・躁うつ病（双極性感情障害）】

- 2017年に医療機関を継続的に受療しているうつ病・躁うつ病（双極性感情障害）の外来患者数は76,428人、入院患者数は4,388人です。

【依存症】

- 2017年に医療機関を継続的に受療しているアルコール依存症者の外来患者数は1,552人、入院患者数は620人、薬物依存症の外来患者数は249人、入院患者数は84人、ギャンブル等依存症者の外来患者数は33人です。

【心的外傷後ストレス障害（PTSD）】

- PTSDとは生死にかかわるような危険を体験したり目撃したりした記憶が残ってこころの傷となり、何度も思い出されて当時と同じような恐怖を感じ続けるという疾患であり、**2017**年に医療機関を継続的に受療しているPTSDの外来患者数は**947**人、入院患者数は**31**人です。

【高次脳機能障害】

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

【摂食障害】

- **2017**年に医療機関を継続的に受療している摂食障害の外来患者数（精神療法に限定）は**920**人、入院患者数は**276**人です。
- 摂食障害には拒食症と過食症があり、厚生労働科学研究において、医療機関の受療の有無にかかわらず、摂食障害患者は、女子中学生の100人に1～2人、男子中学生の1,000人に2～5人と推計されています。

【てんかん】

- **2017**年に医療機関を継続的に受療しているてんかんの外来患者数（精神療法に限定）は**11,773**人、入院患者数は**2,489**人です。厚生労働科学研究において、医療機関の受療の有無にかかわらず、てんかん患者は、1,000人あたり7.71人と推計されています。
- てんかんは、多くの患者が適切な抗てんかん薬を服用することで、発作が止まり、通常の社会生活を支障なく送ることができる一方で、専門医療が必要な患者が専門医療に必ずしも結びついていないと言われています。

（身体合併症の状況）

- **2017**年に精神科入院患者で重篤な身体合併症の診療を受けた患者数は**641**人です。
- 精神科病院に入院中の患者が、専門的かつ高度な医療（精密検査や外科的治療、放射線治療）を必要とした場合、精神科治療と併せ一般科病院の専門的入院治療が可能な受入病院は聖隷三方原病院のみであり、各医療圏域の中で探すことが困難な状況にあります。

（自殺者の状況）

- **2020**年の厚生労働省の人口動態統計調査によると、本県の自殺者数は前年より**19人多い583人**となりました。
- 職場や地域では、人と人とのつながりが薄れ、不安や孤独感を抱える人が増加し、さらに、健康・経済問題等のストレスが原因でうつ病等のこころの健康問題を抱え、自殺に至るケースもあります。本県の自殺者数は、1998年以降、16年連続700人台から800人台の高水準で推移していましたが、2010年をピークに減少傾向が**続いている一方で減少幅は縮小しており**、若年層については、おおむね横ばい状態にあります。

（医療観察法における対象者への状況）

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

人数は 2017年4月から2021年3月末まで 5人となっています。

(児童・思春期精神疾患の状況)

- 2017年に医療機関を継続的に受療している児童・思春期精神疾患（20歳未満）の外来患者数は 14,241人、入院患者数は 169人です。
- 児童虐待やいじめなど、子どもをめぐる様々なストレスを背景として、不登校、ひきこもり、発達障害児の二次障害、自傷・自殺、性的逸脱行動、反社会的行動など、子どもの心の問題は深刻化・多様化しています。

(3) 医療提供体制

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

ア 適正な医療の確保等

- 患者本位の医療を実現していくことが重要であり、精神障害のある人に対する適切な医療及び保護の確保の観点から、人権に最大限配慮した医療を提供する必要があります。
- 精神疾患に罹患した場合、早期に適切な医療を受けられるよう、精神疾患に関する普及啓発や精神医療の体制の整備を図るとともに、精神障害のある人が地域の一員として安心して生活できるよう精神疾患に対する理解の促進を図る必要があります。
- また、適切な歯科医療や薬剤の服薬指導・管理が受けられるような配慮も必要です。

イ 多様な疾患ごとの医療連携体制の構築

- 精神疾患は、症状が多様であるとともに自覚しにくいという特徴があるため、症状が比較的軽いうちには精神科医療機関を受診せず、症状が重くなり入院治療が必要になって初めて精神科医療機関を受診するという場合が少なくありません。また、重症化してから入院すると、治療が困難になるなど、長期の入院が必要となってしまう場合もあります。
- このため、統合失調症、うつ病・躁うつ病(双極性感情障害)、依存症、PTSD、高次脳機能障害、摂食障害、てんかんなど多様な精神疾患ごとに対応できる医療機関を明確にし、早期に必要な精神科医療が提供される医療体制の確保が必要です。
- 富士圏域では、富士市医師会を中心として、一般医と精神科医との連携による、うつ病の早期発見・早期利用を目的とする「紹介システム」の構築に先駆的に取り組んでいますが、うつ病・躁うつ病(双極性感情障害)患者の早期発見・早期治療のためには、より一層、一般かかりつけ医と連携した、医療提供体制を構築する必要があります。
- 2017年度に策定した「静岡県アルコール健康障害対策推進計画」に基づき、アルコール依存症に対応できる医療機関を明確にし、関係機関間の連携を強化し、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実するなど地域連携体制を構築する必要があります。
- 「薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律」が2016年6月1日に施行される とともに、2016年12月14日に「再犯の防止等の推進に関する法律」が施行され、薬物依存症者の再使用防止に向け、保護観察所と医療・保健・福祉機関・民間支援団体との緊密な連携体制の構築が必要です。

○2020年度に策定した「静岡県ギャンブル等依存症対策推進計画」に基づき、ギャンブル等依存症に関する啓発とともに、ギャンブル等依存症に対応できる医療機関を明確にして、関係機関間の連携を強化し、患者・家族への相談支援を充実する地域連携体制の構築が必要です。

- 身近な事件や事故に遭遇した人の中には、強いストレスのため少なからずところに深い傷を負い、特に、児童・生徒は大きな精神的ショックを受けやすいため、ストレスの長期化によるPTSD（心的外傷後ストレス障害）の発症を未然に防止する必要があります。
- 高次脳機能障害は、外見からでは分かりにくい障害であり、治療から就労に至るまでの連続したケアや福祉制度の狭間となり、障害に対する理解や適切な支援が求められています。このため、高次脳機能障害支援拠点機関に相談支援コーディネーターを配置し、専門的な相談支援、関係機関との連携、調整を行い、医療及び福祉関係者による地域連携体制を構築する必要があります。
- 摂食障害患者が早期に適切な支援を受けられるように、摂食障害支援拠点病院による他医療機関への研修・技術的支援、患者・家族への技術的支援、関係機関との調整を行い、地域連携体制を構築する必要があります。
- てんかんはてんかん発作に加え、様々な精神・心理・社会的問題を示すことがあり、包括的ケアシステムが求められています。てんかん診療拠点機関による他医療機関への研修・技術的支援、患者・家族への技術的支援、関係機関との調整を行い、地域連携体制を構築する必要があります。

ウ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

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

エ 精神科救急体制

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

オ 身体合併症

- 精神疾患と身体合併症の専門的入院治療を必要とした場合に、精神科医師と一般科医師が相互に診療情報や治療計画を共有し、入院治療に対応可能な機能や体制等が求められています。

カ 自殺対策

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

キ 医療観察法における対象者への医療提供体制

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

ク 児童・思春期精神疾患の医療提供体制

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

(2) 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
継続	精神科病院1年以上の長期在院者数	3,188人 (2020.6.30)	2,783人以下 (2023年度)	地域移行を推進することにより、1年以上の長期在院者数を引き下げる。	厚生労働省精神保健福祉資料より算出
	精神科病院入院後3か月時点退院率	65.4% (2017年度)	69%以上 (2023年度)	第6期障害福祉計画に係る国の基本方針に基づき設定する。	第6期障害福祉計画に係る国の基本方針
	精神科病院入院後6か月時点退院率	84.6% (2017年度)	86%以上 (2023年度)	第6期障害福祉計画に係る国の基本方針に基づき設定する。	第6期障害福祉計画に係る国の基本方針
	精神科病院入院後1年時点退院率	91.9% (2017年度)	92%以上 (2023年度)	第6期障害福祉計画に係る国の基本方針に基づき設定する。	第6期障害福祉計画に係る国の基本方針
新規	精神病床から退院後1年以内の地域における平均生活日数	290日 (2016.3)	316日 (2023年度)	第6期障害福祉計画に係る国の基本方針に基づき設定する。	第6期障害福祉計画に係る国の基本方針

イ 施策の方向性

(ア) 適正な医療の確保等

- 精神疾患の発生を予防し、早期に適切な医療を受けることができるように、精神保健福祉センター、健康福祉センター、市町、精神保健福祉協会等の関係団体が、相互に連携して乳幼児期から老年期に至るライフステージに応じた、こころの健康の保持・増進や精神疾患について、継続して普及啓発を行い、精神疾患が誰もがかかりうる病気であることについての認知度を高めます。
- 精神障害のある人の人権に配慮し、患者やその家族の意思を尊重した適正な医療及び看護等の提供体制の整備を促進します。
- 新規入院患者については、精神病床を急性期、回復期、慢性期に機能分化し、入院中の処遇の改善や患者のQOL（生活の質）の向上を図りつつ、できる限り1年以内の退院となるよう、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の整備を促進します。
- 歯科のない病院の入院患者への歯科訪問診療の提供体制の整備を促進します。
- 薬物療法が適切に進むように、薬局による服薬情報の一元的・継続的把握、薬学的管理・指導を促進します。

(イ) 多様な疾患ごとの医療連携体制の構築

- 多様化している精神疾患ごとに 県下全域の拠点病院を明確にし、情報発信や人材育成を行うほか、2次保健医療圏において地域連携拠点機能を担う医療機関を支援し、地域医療連携体制を構築します。

【統合失調症】

- 浜松医科大学医学部附属病院及び県立こころの医療センターを全域拠点機関とし、地域医療連

携体制を構築するほか、国が目指す専門的治療方法の全域での普及を図ります。

【うつ病・躁うつ病（双極性感情障害）】

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

【依存症】

- アルコール、薬物、ギャンブル等の様々な依存症患者については、自助グループにおける取組の促進や家族への支援等を行うほか、依存症の治療を行う医療機関が少ないことから、県立こころの医療センター、県内の依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関である服部病院や聖明病院を全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築します。

【心的外傷後ストレス障害（PTSD）】

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

【高次脳機能障害】

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

【摂食障害】

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

【てんかん】

- てんかんは、適切な診断、手術や服薬等により症状を抑えることができる又は治癒する場合もあり、社会で活動しながら生活できる場合も多いことから、運転、就労などの生活にかかわる相談支援体制を充実し、てんかんに関する正しい知識や理解の普及啓発を推進するとともに、てんかん支援拠点である静岡てんかん・神経医療センターを全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築します。

(ウ) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- 医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種チームによる退院支援等の取組を推進するとともに、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、地域包括支援センター等及び市町の協力体制を強化し、段階的、計画的に地域生活への移行を促進することにより、精神障害のある人の早期退院や社会復帰の支援体制の整備を促進します。
- 精神障害のある人が地域で安心して生活し続けることができるように、地域における居住環境及び生活環境の一層の整備や精神障害のある人の主体性に応じた社会参加を促進するための支援を行い、地域で生活しながら医療を受けることができるように、精神障害のある人の精神疾患の状態やその家族の状況に応じていつでも必要な保健医療サービス及び福祉サービスを

提供できる体制を確保し、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを推進します。

(エ) 精神科救急体制

- 24時間 365日対応できる精神科救急医療システムを整備するほか、精神医療に関する相談窓口の設置等の医療へアクセスするための体制の整備を推進します。
- 休日、夜間に対応する常時対応型病院として、沼津中央病院、鷹岡病院、清水駿府病院、聖隷三方原病院を、輪番型病院として溝口病院、県立こころの医療センター、焼津病院、藤枝駿府病院、川口会病院、服部病院を、後方支援病院として県立こころの医療センターを配置し、精神科救急を推進します。

(オ) 身体合併症

- 精神疾患を有する患者が身体合併症の専門的入院治療を必要とした場合に、総合病院等において一般科医師と精神科医師が診療情報や治療計画を共有し診療に対応する体制（コンサルテーション・リエゾン）を圏域ごとに設けており、24時間体制で身体合併症の入院治療と精神科医療を実施できる聖隷三方原病院を全域拠点機関とし構築します。

(カ) 自殺対策

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

(キ) 医療観察法における対象者への医療

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

(ク) 児童・思春期精神疾患の医療連携体制の構築

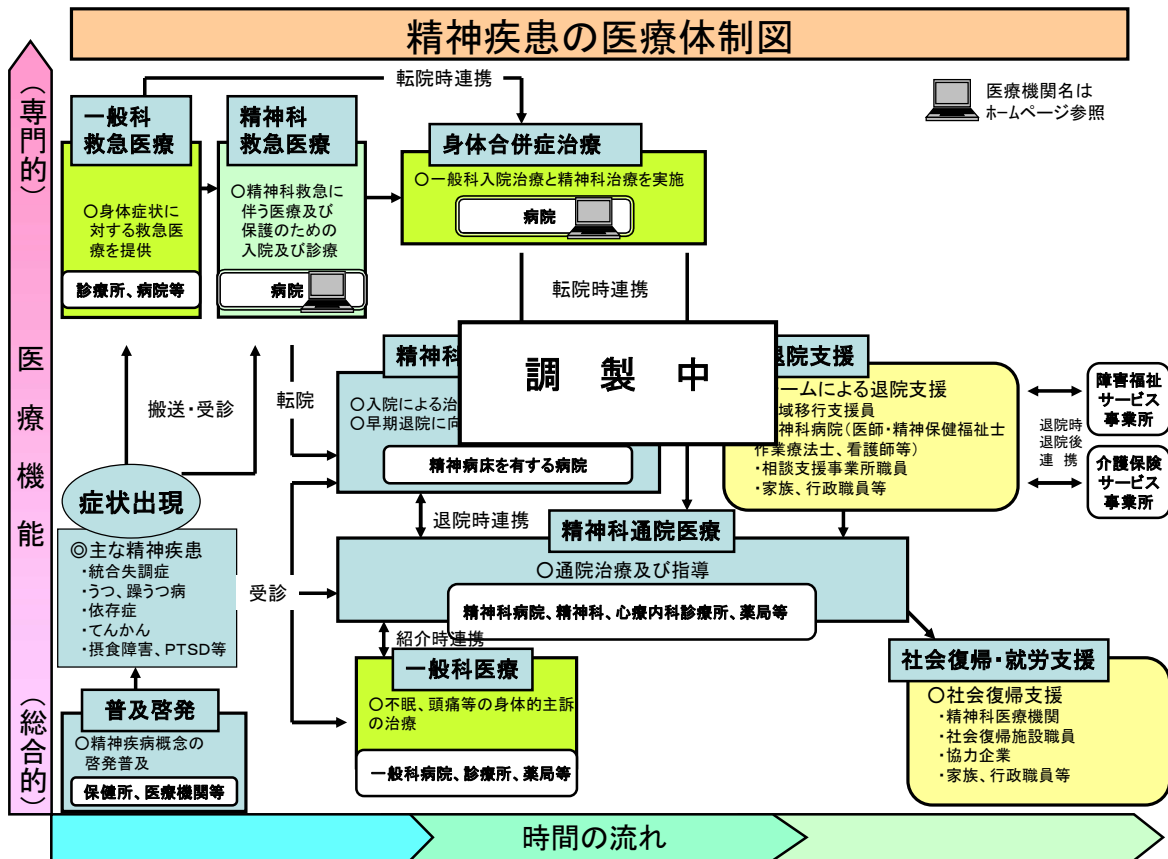
- 児童・思春期精神疾患の子どもたちが適切な支援や治療を受け、回復し、地域社会で健やかに生活していくために、浜松医科大学医学部附属病院、国立病院機構天竜病院、県立こども病院、県立こころの医療センターを全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築します。

様式3：医療機能と体制図

(3) 精神疾患の医療体制に求められる医療機能

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

(4) 精神疾患の医療体制図



関連図表

○ 指標による現状把握

(精神病床における入院患者数)

区分	人数	調査年	調査名等
急性期（3か月未満）	1,158人	2020.6.30	厚生労働省精神保健福祉資料
回復期（3～12か月未満）	894人		
慢性期（12か月以上）	3,188人		

(精神病床における退院率)

入院後3か月時点	入院後6か月時点	入院後12か月時点	調査年	調査名等
65.4%	84.6%	91.9%	2017年度	厚生労働省精神保健福祉資料

○ 県内の精神科病院における入院患者数の推移

	合計	措置入院	医療保護入院	任意入院	その他	伸び率
2016.3末	5,560人	27人	2,289人	3,229人	15人	—
2017.3末	5,509人	35人	2,547人	2,913人	14人	0.99%
2018.3末	5,454人	31人	2,375人	3,035人	13人	0.99%
2019.3末	5,350人	38人	2,344人	2,957人	11人	0.98%
2020.3末	5,283人	32人	2,373人	2,865人	13人	0.99%
2021.3末	5,269人	31人	2,404人	2,816人	18人	1.00%

(資料：精神科病院月報により県が集計)

○ 精神病床から退院後1年以内の地域における平均生活日数

	静岡県	全国
2016年3月	290日	316日

(出典：厚生労働省「厚生労働省資料」)

○ 精神科救急医療施設の利用状況

(単位：件)

年度	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
外来受診者	1,538	1,530	1,511	1,312	1,412	1,321	1,331	1,105
うち入院者	650	643	625	668	694	632	608	598
入院の割合	42.3%	42.0%	41.4%	50.9%	49.2%	47.8%	45.6%	54.1%

(資料：精神科救急医療月報により県が集計)

○ 年齢階層別自殺者の状況

区 分		2016年	2017年	2018年	2019年	2020年
死亡総数	人数(A)	39,294人	<u>41,078人</u>	<u>41,972人</u>	<u>42,190人</u>	<u>42,191人</u>
自殺	人数(B)	602人	<u>588人</u>	<u>586人</u>	<u>564人</u>	<u>583人</u>
	割合(B/A)	1.5%	<u>1.4%</u>	<u>1.4%</u>	<u>1.3%</u>	<u>1.4%</u>
自殺の年齢 内 訳	19歳以下	13人	<u>18人</u>	<u>23人</u>	<u>22人</u>	<u>17人</u>
	20歳以上	65人	<u>53人</u>	<u>60人</u>	<u>59人</u>	<u>75人</u>
	30歳以上	76人	<u>70人</u>	<u>75人</u>	<u>67人</u>	<u>79人</u>
	40歳以上	115人	<u>115人</u>	<u>89人</u>	<u>100人</u>	<u>112人</u>
	50歳以上	105人	<u>121人</u>	<u>98人</u>	<u>98人</u>	<u>89人</u>
	60歳以上	99人	<u>89人</u>	<u>106人</u>	<u>79人</u>	<u>76人</u>
	70歳以上	76人	<u>72人</u>	<u>86人</u>	<u>81人</u>	<u>89人</u>
	80歳以上	53人	<u>50人</u>	<u>49人</u>	<u>58人</u>	<u>46人</u>
	不詳	0人	<u>0人</u>	<u>0人</u>	<u>0人</u>	<u>0人</u>
人口10万人当たり死亡率 (静岡県)		16.6人	<u>16.3人</u>	<u>16.4人</u>	<u>15.9人</u>	<u>16.5人</u>
人口10万人当たり死亡率 (全国)		16.8人	<u>16.4人</u>	<u>16.1人</u>	<u>15.7人</u>	<u>16.4人</u>
死因順位・静岡県 (全国)		8位 (8位)	<u>10位</u> <u>(9位)</u>	<u>10位</u> <u>(10位)</u>	<u>11位以下</u> <u>(11位以下)</u>	<u>10位</u> <u>(11位以下)</u>

(出典：厚生労働省「人口動態統計」)

6-2 発達障害

【対策のポイント】

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

1 現状と課題

(1) 発達障害の現状

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

(2) 本県の状況

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

沼津市と島田市の2ヶ所に設置しています。民間委託に伴い、発達障害者支援センター診療所は2019年度末をもって廃止しましたが、民間法人への委託後も各センターにそれぞれ医師を配置し、医学的判断のもと、発達障害のある人への支援を行っています。

- 健診でのスクリーニングにおいて、地域の医療機関(または医師)の協力を得ていますが、東部地域を中心に診断・検査を行う低年齢を対象とする小児科の医療機関の確保が困難な状況にあります。発達障害者支援センターへの相談経緯では、診断・相談・支援が受けられる機関の情報提供に係る主訴が多いことから、2017年度から、発達障害に対応可能な医療機関の調査を実施し、県民に情報を公表しています。
- 発達障害者支援センターの相談のうち、30.0%は生活面・家庭で家族ができることを知りたいというもので、最多になっています(2020年度)。また、発達障害専門医は全国的に不足していますが、特に地域の拠点となる医療機関がない東部地域では、低年齢の発達障害児の診断、発達検査、知能検査を行う小児科の医療機関が他地域に比較して少ない状況にあります。
- 本県では、2010年度に児童・青年期精神医学の診療能力を有する医師の育成、地域の児童精神医療に関する研究の促進、養成された専門医の県内定着などを目的に、浜松医科大学に寄附講座を設置し、人材育成に努めています。寄附講座では、児童精神科を目指す後期臨床研修医を全国より募集して県内の病院で臨床研修を行い、その後県内の医療機関等で勤務を開始しています。2020年度までの11年間に、47名が研修を修了し、うち38名(東部4名、中部11名、西部23名 2021年4月1日時点)が県内の病院に配置されています。
- 県立吉原林間学園の移転に伴い、入所児童だけでなく、発達障害児等の専門的な治療を行う児童精神科診療所を2019年8月に設置し、児童精神科医療が不足する東部地域の医療体制を補完しています。

(3) 医療提供体制

- 発達障害に対応した医療機関の調査を定期的に実施し、医療機関に係る情報の共有化を図ることが必要です。
- 発達に遅れのある児童に早期療育支援を行う際には、医療による正確な診断、カウンセリング等を行い、特性を踏まえて支援の方向性を決めていくことが望ましいため、診療機会を確保することが求められます。
- 地域において、発達障害の診断に対応できる医師や心理士を確保するため、発達障害を専門とする小児神経科医や児童精神科医の確保は長期的な視点に立って、地域で継続的に養成・確保するための拠点や体制の整備が必要です。また、看護師等の医療従事者の発達障害への理解促進も求められます。
- 発達障害の診療機会を確保するほか、診断・検査から発達支援に円滑につなぐため、地域の福祉、教育などの支援機関と医療機関の連携強化が求められます。
- 他地域と比較して、東部地域においては、発達障害の診断・検査を行う小児科の医療機関が少ないなど、地域偏在を解消することが必要です。
- 成人期の発達障害についても、診断を受ける際に必要な検査ができる医療機関が少なく、集中する傾向があるため、必要な検査やその後の対応ができる医療機関を確保することが求められます。

2 今後の対策

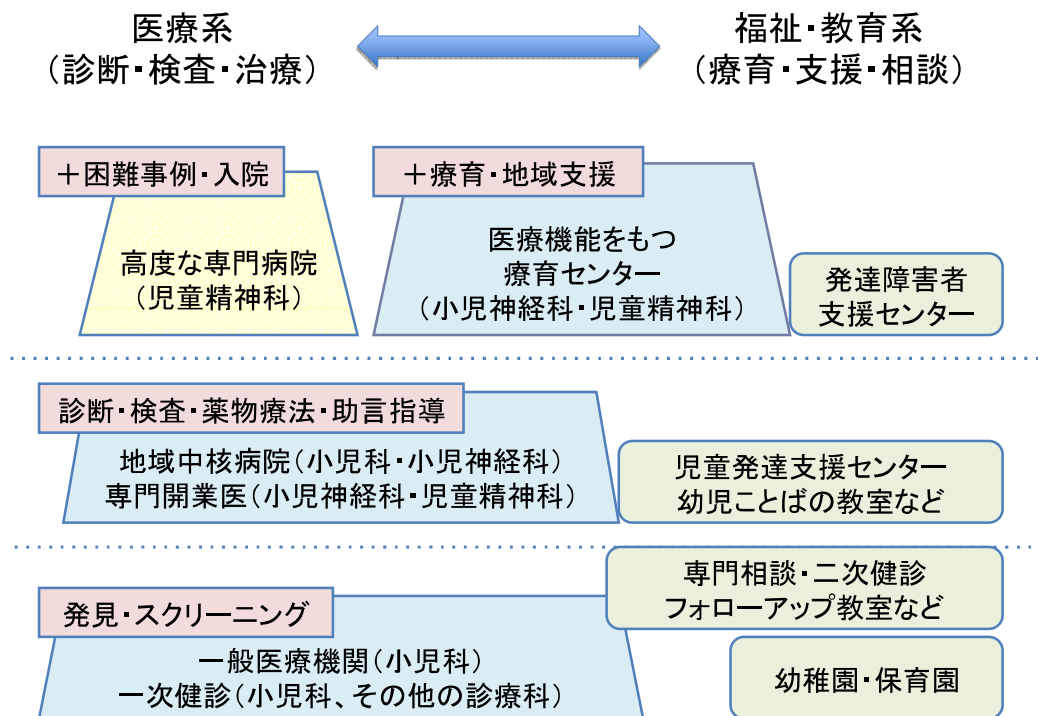
(1) 施策の方向性

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

発達障害(小児期)の医療体制図

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

発達障害(小児期)の医療体制に求められる医療機能



関連図表

○ 発達障害が診療できる医療機関数

1 調査概要

(単位：件)

区分	R1	R2	R3	前年度比
公表に同意した医療機関	111 (56)	129 (64)	133 (70)	4 (6)

注：() は、うち診断と心理検査が可能な医療機関 (内数)

2 調査結果 (2021 年度)

① 圏域別

(単位：件)

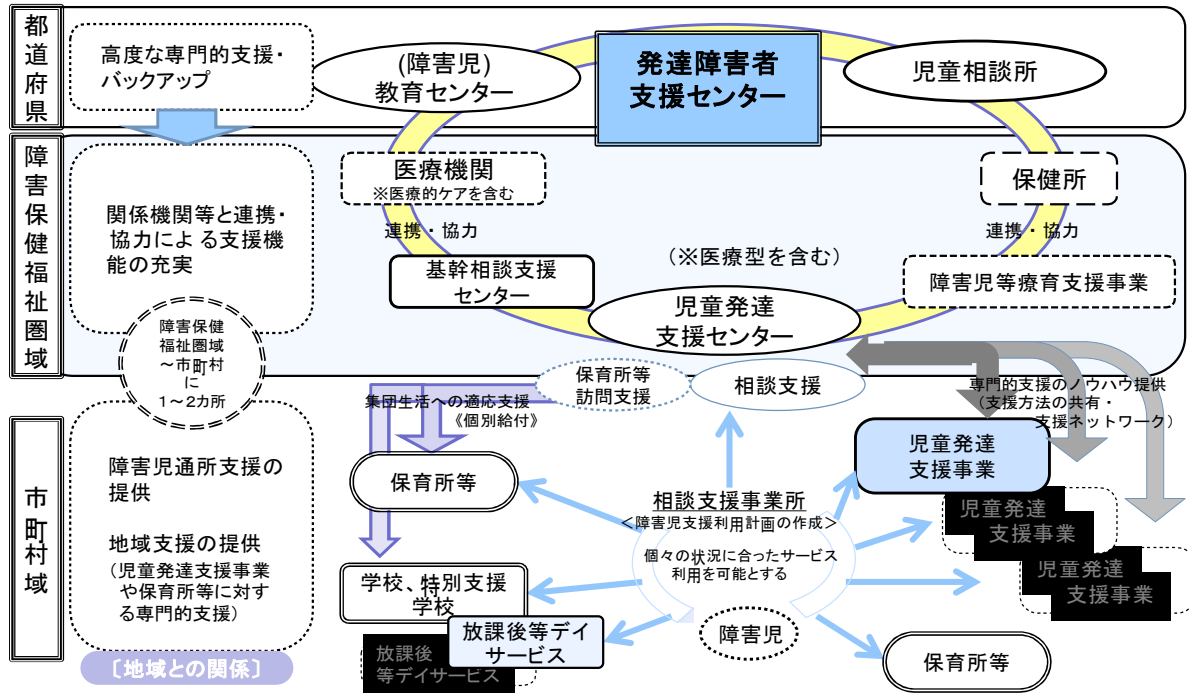
地区	圏域	医療機関数				10万人当たりの医療機関数			
		R1	R2	R3	増減 (R3-R2)	R1	R2	R3	増減 (R3-R2)
東部	賀茂	4	5	4	-1	6.5	8.4	6.8	-1.6
	熱海伊東	6	6	6	0	5.9	6.0	6.1	+0.1
	駿東田方	18	23	23	0	2.8	3.6	3.6	0
	富士	11	11	11	0	2.9	3.0	3.0	0
	東部計	39	45	44	-1	3.3	3.8	3.8	0
中部	静岡	23	31	32	+1	3.3	4.5	4.6	+0.1
	志太榛原	12	10	13	+3	2.6	2.2	2.9	+0.7
	中部計	35	41	45	+4	3.1	3.6	3.9	+0.3
西部	中東遠	11	11	13	+2	2.4	2.4	2.8	+0.4
	西部	26	32	31	-1	3.1	3.8	3.7	-0.1
	西部計	37	43	44	+1	2.8	3.3	3.4	+0.1
計		111	129	133	+4	3.0	3.6	3.7	+0.1

②上記のうち診断と心理検査が可能な医療機関数

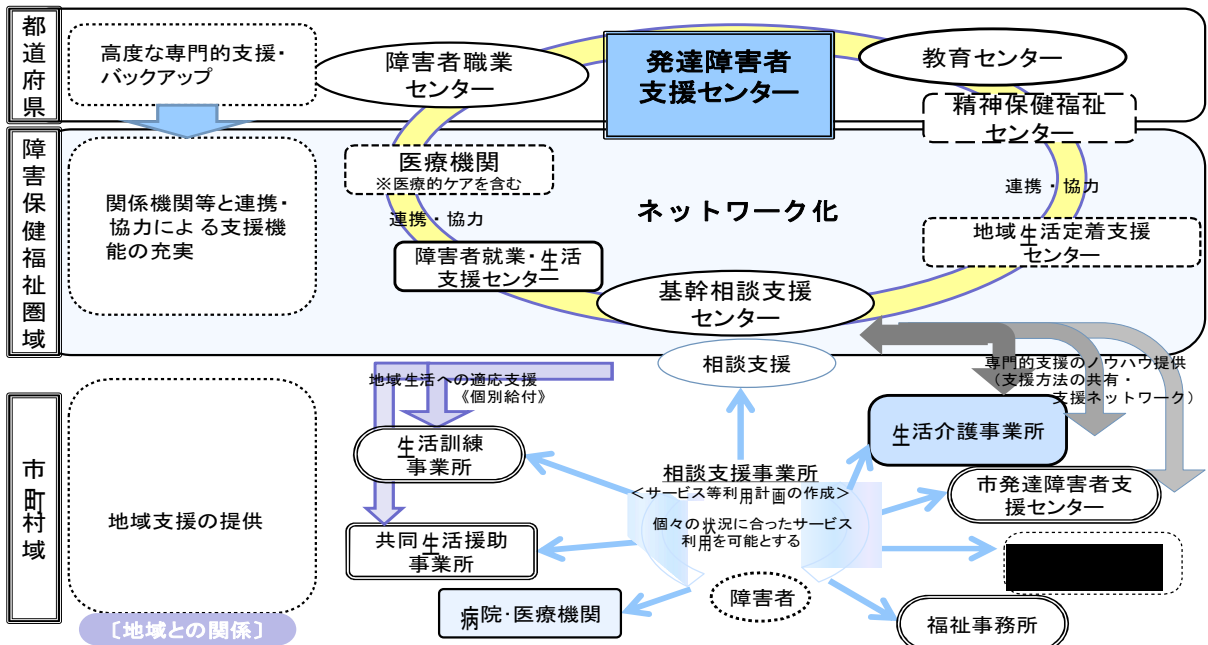
(単位：件)

地域	圏域	医療機関数				10万人当たりの医療機関数			
		R1	R2	R3	増減 (R3-R2)	R1	R2	R3	増減 (R3-R2)
東部	賀茂	2	2	2	0	3.3	3.3	3.4	+0.1
	熱海伊東	0	0	1	+1	0.0	0.0	1.0	+1.0
	駿東田方	5	11	10	-1	0.8	1.7	1.6	-0.1
	富士	6	6	8	+2	1.6	1.6	2.2	+0.6
	東部計	13	19	21	+2	1.1	1.6	1.8	+0.2
中部	静岡	10	12	15	+3	1.4	1.7	2.2	+0.5
	志太榛原	8	5	6	+1	1.8	1.1	1.3	+0.2
	中部計	18	17	21	+4	1.6	1.5	1.8	+0.3
西部	中東遠	7	7	8	+1	1.5	1.5	1.7	+0.2
	西部	18	21	20	-1	2.1	2.5	2.4	-0.1
	西部計	25	28	28	0	1.9	2.1	2.1	0
計		56	64	70	+6	1.5	1.8	1.9	+0.1

○発達障害児者支援システム
(発達障害児)



(発達障害者)



救急医療

【対策のポイント】

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

【数値目標に対する進捗状況】

項目	策定時	現状値	目標値	進捗状況
心肺機能停止患者*の1か月後の生存率	10.9% (2016年)	10.5% (2019年)	13.3%以上	生存率向上のために必要な発生から処置までの時間が増加している傾向であるため、目標に向けて、早期通報の重要性について一般市民への啓発を強化
心肺機能停止患者*の1か月後の社会復帰率	7.5% (2016年)	7.7% (2019年)	8.7%以上	目標に向け数値が改善
救命救急センター充実段階評価がS・Aとなった病院の割合	—	100% (2020年)	100%	—

*心因性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例

1 現状と課題

ア 救急医療の現状（救急医療とは）

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

イ 本県の状況

（ア）救急搬送の状況

- 本県における救急搬送人数は、年々増加傾向にあり、2011年には140,906人でしたが、2019年には157,117人と11.5%増加しています。その背景として、救急搬送者のうち軽症者の割合が45%を超えるほか、高齢化の進行等が挙げられます。

（イ）救急医療体制

- 本県では、主として軽症患者の外来医療を担う初期救急医療から、入院が必要な重症患者に対

応する第2次救急医療、多発外傷等の重篤患者を受け持つ第3次救急医療、さらには社会復帰までの医療が継続して実施される体制の計画的かつ体系的な整備を推進しています。

(初期救急医療)

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

(第2次救急医療（入院救急医療）)

- 第2次救急医療は、第2次救急医療圏（12 地区）ごとに病院群輪番制により、入院を必要とする重症救急患者に対応しています（57 病院が参加）。
- その他、救急医療に必要な体制を備え、救急病院等を定める省令に基づき県知事が認定する救急告示病院等があります（72 病院・4 診療所）。

(第3次救急医療（救命医療）)

- 第3次救急医療は、重症及び複数の診療科領域にわたる重篤救急患者の救命救急医療を24時間体制で行う救命救急センターについて、東部2施設、中部4施設、西部5施設を指定しています。2017年4月に県内11箇所目の救命救急センターとして、藤枝市立総合病院を指定しています。
- 広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊疾病患者に対する高度専門的救命医療を行う高度救命救急センターとして、2015年3月に中部1施設（県立総合病院）、西部1施設（聖隷三方原病院）をそれぞれ指定しています。

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

(ドクターヘリ)

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

(救命期後医療)

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

(ウ) 病院前救護活動

(病院前救護活動)

①メディカルコントロール体制¹

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

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

【役割】①地域の救急搬送体制及び救急医療体制に係る検証

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

- 本県における救急業務の一層の高度化の推進と救急救命士の行う処置範囲の拡大に向けて、救急医療機関、消防機関等で構成する静岡県メディカルコントロール協議会を設置するほか、各地域でも地域メディカルコントロール協議会（8地域）を設置し、病院前救護体制の強化を図っています。
- 救急救命士については、所定の講習・実習を修了することで徐々に業務が拡大されています。
 - ・心肺停止患者に対する気管内チューブ挿管（2004年7月）
 - ・心肺停止患者に対する薬剤（エピネフリン）投与（2006年4月）
 - ・ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気道確保（2011年8月）
 - ・心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、ブドウ糖溶液の投与（2014年4月）
- メディカルコントロール協議会を中心に講習・実習を実施し、気管挿管、薬剤投与を実施できる救急救命士を養成しています。

②傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準（実施基準）

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

③県民への救急蘇生法の普及

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

④広域災害・救急医療情報システム（医療ネットしずおか）

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

ウ 医療提供体制

（ア）救急搬送

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

（イ）救急医療体制

（初期救急医療）

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

- 地域内の医師不足及び高齢化により、当番医の確保が困難になっている地域があります。
- 歯科については、日曜や休日に受診することが困難な地域があります。
- 休日夜間等に院外処方箋が発行される場合は、地域の薬局が調剤を行う体制が必要です。

(第2次救急医療（入院救急医療）)

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

(第3次救急医療（救命医療）)

- 第2次救急医療機関の疲弊に伴い、第3次救急医療機関の負担も増加しています。
- 妊産婦の救命医療に対応するため、救命救急センターと総合周産期母子医療センターとの緊密な連携体制を確保する必要があります。
- 特殊な疾病患者に対する高度専門的救命医療については、県内での受入が困難な場合はドクターヘリを活用し県外の医療機関に搬送する場合もあることから、今後、更に対応可能な医療機関の確保などが必要です。
- 急性期を乗り越えた救命救急センターの患者を、一般病棟へ円滑に転棟できる体制が必要です。

(ドクターヘリ)

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

(救急医療を担う人材の確保)

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

(救急医療機関等と療養の場との間の円滑な移行)

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

(ウ) 病院前救護活動

(メディカルコントロール体制)

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

(県民への救急蘇生法の普及)

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

(エ) 住民の受療行動

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

² バイスタンダー：救急現場に居合わせた人

(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
継続	心肺機能停止患者*の1か月後の生存率	10.5% (2019年)	13.9%以上	2019年の全国平均値を目標に設定	消防庁「救急・救助の現況」
	心肺機能停止患者*の1か月後の社会復帰率	7.7% (2019年)	9.0%以上		
	救命救急センター充実段階評価がS・Aとなった病院の割合	100% (2020年)	100%	全センターに対するS・A評価を継続	厚生労働省調査

*心因性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例

イ 施策の方向性

(ア) 救急搬送

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

(イ) 救急医療体制

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

(初期救急医療)

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

(第2次救急医療（入院救急医療）)

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

(第3次救急医療(救命医療))

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

(ドクターヘリ)

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

(救急医療を担う人材の確保)

- 浜松医科大学を始めとする各機関で医療従事者の育成が行われているほか、各救命救急センターが、救急医療に関する臨床教育の場として医師等を育成します。
- 「ふじのくに地域医療支援センター」において提供する「静岡県専門医研修ネットワークプログラム」を始め、各種の人材育成支援事業により、県内での救急医療を担う人材の育成を図ります。
- 高度化、多様化する看護業務に対応するため、認定看護師等の育成に関して、関係機関等における体系的な研修の実施及び参加を促進します。

(救急医療機関等と療養の場との間の円滑な移行)

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

(ウ) 病院前救護活動

(メディカルコントロール体制)

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

(県民への救急蘇生法の普及)

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

(エ) 住民の受療行動

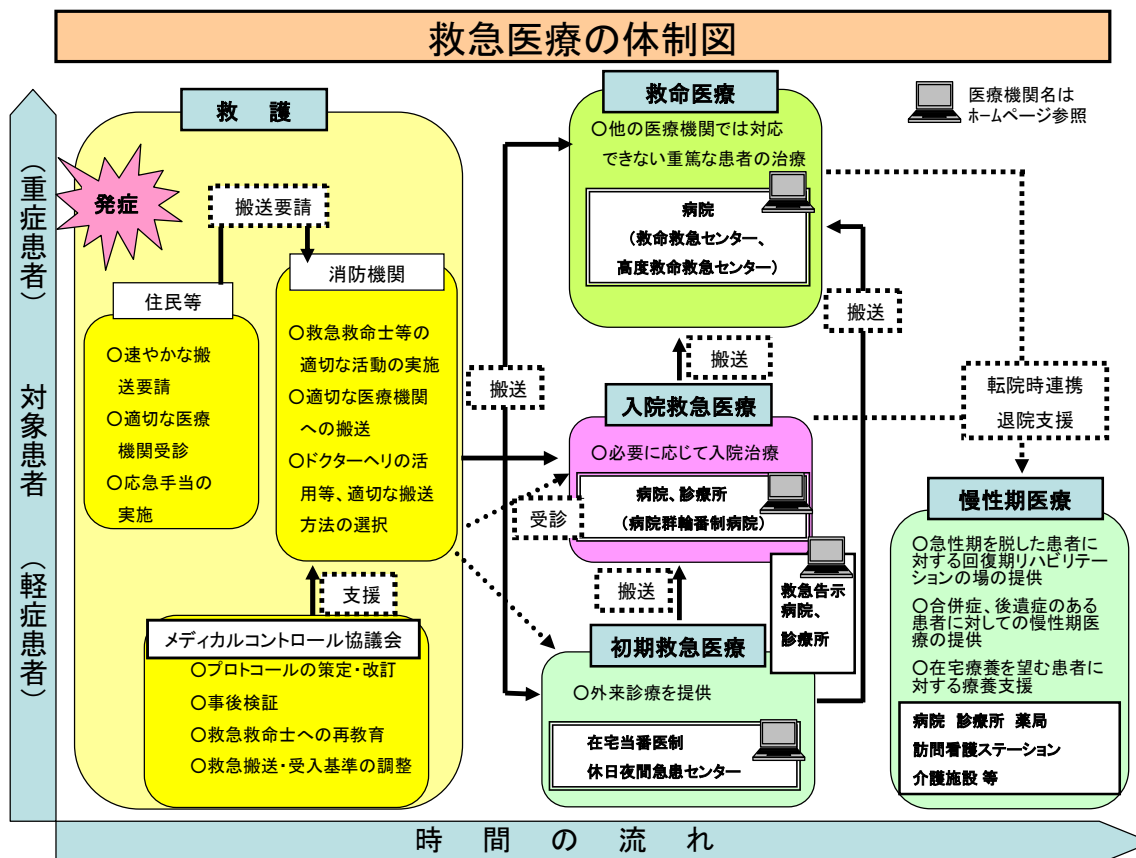
- 救急医療及び救急業務に対する国民の正しい理解と認識を深めるため設けられた「救急の日」及び「救急医療週間」での救急医療を取り巻く環境についての啓発活動により、地域住民に救急医療への理解と適切な受療行動を促します。また、超高齢化社会を迎え、患者が望む場所での看取りを行うため、人生の最終段階における救急医療の受療行動について、患者本人の意思が尊重されるよう、家族や医療関係者の理解を求めていきます。
- 県民の不安解消や適切な緊急時の受診を進めるため、関係消防機関等と連携して、傷病の緊急度に応じた適切な救急対応について相談に応じる電話相談事業を検討します。

医療機能と体制図

(3) 救急医療に求められる医療機能

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

(4) 救急医療の医療体制図



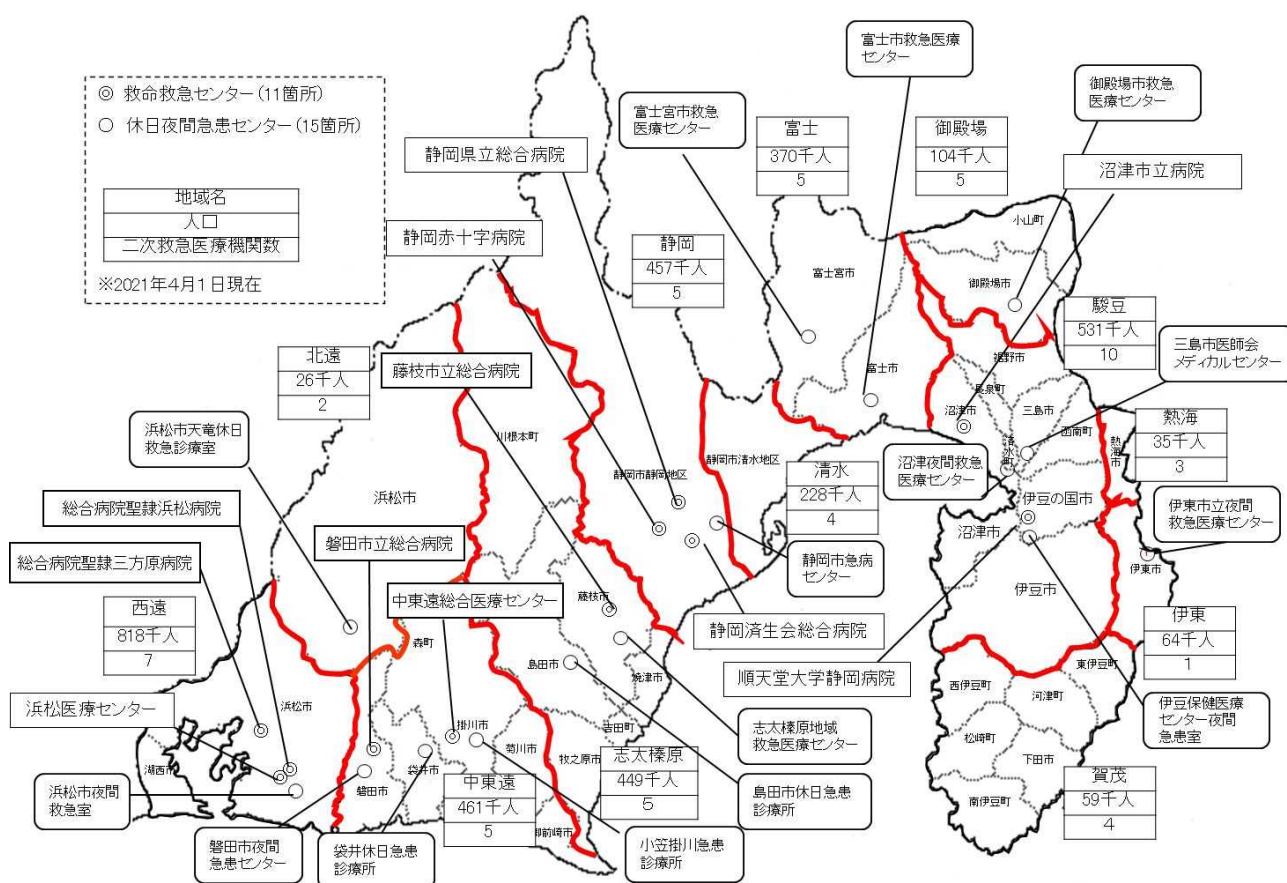
関連図表

(5) 関連図表

○第2次救急医療圏

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

○救急医療体制



○在宅当番医制（初期）参加状況（診療所：医療圏別）

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

（出典：厚生労働省 医療施設調査（静態））

○入院を要する救急医療体制（二次）参加状況（病院：医療圏別）

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

（出典：厚生労働省 医療施設調査（静態）、県地域医療課調べ）

○救命救急センター（三次）設置数（医療圏別）

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

（出典：厚生労働省 医療施設調査（静態）、県地域医療課調べ）

○主たる診療科名を「救急科」としている医師の数

（単位：人）

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

（出典：厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師統計）

○認定看護師数

(単位：人)

	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年
県内認定看護師(救急看護)	25	30	32	32	36
県内認定看護師(全認定)	450	482	511	538	560
全認定看護師数(全国)	17,472	18,768	19,894	21,049	21,847

(出典：日本看護協会調べ)

○県内2次保健医療圏域別高齢化率の推移(65歳以上人口の占める割合)

(単位：%)

	2002年	2007年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年
賀茂	28.5%	33.2%	41.7%	42.9%	43.9%	44.7%	45.6%
熱海伊東	26.2%	31.5%	41.1%	42.1%	42.9%	43.6%	44.3%
駿東田方	17.7%	21.1%	27.2%	28.0%	28.6%	29.1%	29.6%
富士	16.7%	20.2%	26.1%	26.9%	27.5%	28.0%	28.4%
静岡	19.1%	22.8%	28.4%	29.1%	29.6%	30.0%	30.3%
志太榛原	19.5%	22.7%	28.2%	28.9%	29.5%	30.0%	30.3%
中東遠	18.5%	20.2%	25.3%	26.0%	26.6%	27.1%	27.5%
西部	18.3%	20.9%	26.0%	26.6%	27.2%	27.6%	27.8%
県計	18.8%	21.9%	27.6%	28.3%	28.9%	29.3%	29.7%

(出典：静岡県年齢別推計人口)

○傷病程度別搬送人員及び構成比の推移

(単位：人、%)

	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年
死亡	1,892	1,889	1,684	1,532	1,485	1,341	1,539	1,521	1,484
割合	1.3	1.3	1.2	1.1	1.0	0.9	1.0	1.0	0.9
重症	10,177	9,977	10,262	10,101	10,132	9,780	10,134	10,802	11,473
割合	7.2	7.1	7.2	7.1	6.9	6.6	6.6	6.8	7.3
中等症	53,455	54,755	54,775	56,269	58,626	60,404	65,878	70,223	71,071
割合	37.9	38.7	38.3	39.4	39.6	41.0	42.9	44.2	45.2
軽症	75,177	74,745	75,785	74,703	77,295	75,323	75,594	75,902	73,058
割合	53.4	52.8	53.1	52.2	52.3	51.1	49.2	47.8	46.5
その他	205	194	270	346	315	423	432	482	31
割合	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3	0.0
合計	140,906	141,560	142,776	142,951	147,853	147,271	153,577	158,930	157,117

(出典：消防庁「救急・救助の現況」)

○年齢区分別搬送人員構成の推移

(単位：人、%)

	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年
新生児	324	223	222	195	178	163	139	128	171
割合	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
乳幼児	6,059	5,994	5,970	5,939	6,288	6,119	6,237	6,610	6,435
割合	4.3	4.2	4.2	4.2	4.3	4.2	4.1	4.2	4.1
少年	5,209	5,122	5,229	5,108	5,312	5,061	5,279	5,356	5,314
割合	3.7	3.6	3.7	3.6	3.6	3.4	3.4	3.4	3.4
成人	51,836	50,788	48,995	48,460	48,240	47,225	47,062	48,209	46,737
割合	36.8	35.9	34.3	33.9	32.6	32.1	30.6	30.3	29.7
高齢者	77,478	79,434	82,360	83,249	87,835	88,703	94,860	98,627	98,460
割合	55.0	56.1	57.7	58.2	59.4	60.2	61.8	62.1	62.7
合計	140,906	141,560	142,776	142,951	147,853	147,271	153,577	158,930	157,117

(出典：消防庁「救急・救助の現況」)

○救急救命士の業務拡大に係る認定者数の推移

(単位：人)

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
気管挿管実施認定者数累計	289	338	386	432	474	514	566	613	663	687
薬剤投与実施認定者数累計	370	372	373	376	376	377	377	377	377	377
ビデオ挿管実施認定者数累計	—	—	18	60	113	176	251	341	418	462
静脈路確保及び輸液・ブドウ糖溶液投与認定者累計	—	—	—	1	102	200	296	388	483	546
指導救命士認定者累計	—	—	—	—	—	18	33	44	53	57

(出典：県地域医療課調べ)

○現状把握のための指標

指標		実績		出典
指標の項目	時点	静岡県	全国	
日本救急医学会指導医数 (人口10万対) ※	2021.1	0.3	0.6	日本救急医学会 ホームページ
日本救急医学会専門医数 (人口10万対) ※	2021.1	2.5	4.1	日本救急医学会 ホームページ
認定看護師(救急看護)数 (人口10万対) ※	2020.12	1.0	1.1	日本看護協会 ホームページ
救急救命士が同乗している救急自動車の割合	2020.4	95.7	92.6	消防庁 「救急・救助の現状」
住民の救急蘇生法講習の受講者数 (人口1万対) ※	2019	85	101	消防庁 「救急・救助の現状」
AEDの公共施設における設置台数 (人口10万対) ※	2021.1	177.2	170.6	日本救急医療財団 ホームページ
特定集中治療室を有する病院数 (人口100万対) ※	2017	4.7	4.9	厚生労働省 「医療施設調査」
心肺機能停止患者の1か月後の予後 (生存率)	2019	10.5	13.9	消防庁 「救急・救助の現状」
心肺機能停止患者の1か月後の予後 (社会復帰率)	2019	7.7	9.0	消防庁 「救急・救助の現状」
救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間	2019	39.2	39.5	消防庁 「救急・救助の現状」

※2019年10月1日現在の推計人口(総務省)に基づき各指標の実数から算出

災害時における医療

【対策のポイント】

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

【数値目標に対する進捗状況】

項目	策定時	現状値	目標値	進捗状況
業務継続計画を策定している災害拠点病院及び救護病院の割合（対象：87施設）	20 施設 (22.2%) (2016 年 4 月)	50 施設 (57.5%) (2021 年 3 月)	100%	目標に向け数値が改善
業務継続計画に基づき被災した状況を想定した研修及び訓練を実施している災害拠点病院及び救護病院の割合（対象：87施設）	研修7施設 (7.8%) 訓練 14 施設 (15.6%) (2016 年 4 月)	研修 35 施設 (40.2%) 訓練 36 施設 (41.4%) (2021 年 3 月)	100%	目標に向け数値が改善
2 次保健医療圏単位等で災害医療コーディネーター機能の確認を行う訓練実施回数	年1回 (2016 年度)	年1回 (2019 年度)	年2回以上 (毎年度)	県全体を対象とする訓練は実施済である。目標に向け、各地域の状況を踏まえた、訓練の実施を推進 (2020 年度は新型コロナウイルス感染症の影響により未実施)
静岡 D M A T 関連研修実施回数	年3回 (2016 年度)	年2回 (2019 年度)	年2回 (毎年度)	目標値を達成 (維持目標) (2020 年度は新型コロナウイルス感染症の影響により未実施) ※2018 年度に研修開催数を見直し、目標値を年2回に変更

1 現状と課題

ア 災害の現状

- 災害には、地震、風水害といった自然災害から、テロ、鉄道・航空機事故といった人為災害及び原子力災害等に至るまで様々な種類があります。また、同じ種類の災害であっても、発生場所、発生時刻や時期等によって被災・被害の程度は大きく異なります。
- 2011 年 3 月に発生した「東北地方太平洋沖地震」は、それまでの想定を大幅に上回る巨大な津波などにより、東日本の太平洋岸の広範な地域に甚大な被害をもたらした。岩手・宮城・福島は東北 3 県の沿岸部を中心に約 2 万人の尊い命を奪う大災害「東日本大震災」となりました。
- また、2014 年 9 月の御嶽山噴火、2016 年 4 月の熊本地震、2018 年 9 月の北海道胆振東部地震が発生し、甚大な被害をもたらしました。
- 近年は、ゲリラ豪雨や竜巻等の突発的発生の増加や、台風の強大化等により、風水害が増加す

る傾向にあります。2021年7月に熱海市で発生した土石流災害では、多くの人的・物的被害をもたらしました。

- 爆発物・NBC（N：核物質、B：生物剤、C：化学剤）物質を使ったテロなど特別な対応を求められるものもあります。
- 鉄道、海上及び航空交通等の各分野において、大量・高速輸送システムが発展し、ひとたび事故が発生した場合には、重大な事故になる恐れが指摘されています。

イ 本県の状況

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

ウ 医療提供体制

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

（ア）医療救護施設

- 県及び市町は医療救護計画に基づき、災害時医療救護施設として、県が災害拠点病院¹、災害拠点精神科病院²を、市町が救護病院³、救護所⁴等を指定しています。
- 医療救護施設は、災害拠点病院・救護病院において重症患者及び中等症患者の受入れ、処置、広域医療搬送への対応等を、また、救護所において、軽症患者の処置を行うこととし、役割分担に応じて相互に補完しながら医療救護活動に当たります。
- 災害拠点精神科病院は、精神疾患を有する患者の受入れ、精神症状の安定化、広域搬送のための一時的避難所としての機能等、精神科医療の対応に当たります。
- 圏域別に災害時透析拠点施設⁵をおき透析患者の受け入れに当たるなど、医療的配慮が必要な県民への対応に当たります。
- なお、災害拠点病院が圏域内にない保健医療圏では、隣接圏域の災害拠点病院との連携により対応しています。
- より多くの災害時医療拠点の確保と、関係機関相互の密接な連携を図る必要があります。
- 災害拠点病院、災害拠点精神科病院、救護病院における施設・設備面での整備、院内の医療救

¹ 災害拠点病院：重症患者や中等症患者、他の医療救護施設で処置の困難な重症患者に対応するために、救命救急センターやこれに相当する病院の中から県が指定した病院

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

³ 救護病院：重症患者や中等症患者の処置及び受入れをするために、市町が指定した病院

⁴ 救護所：軽症患者に対する処置を行うために、市町が診療所や避難所として指定した学校等に設置。地域の医師会等が救護活動を行う。

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

護体制の整備を推進していく必要があります。

- 入院患者等の安全確保や災害発生後の医療救護活動の実施のため、救護病院の耐震化を更に進める必要があります。
- 病院において、被災後、早急に診療機能を回復できるように、業務継続計画の整備と、整備された業務継続計画に基づき被災した状況を想定した研修・訓練を実施し、平時からの備えを行っていることが必要です。
- 救護所を迅速に設置し、適切に医療救護活動を実施するため、救護所で活動する医療従事者等の人材確保や、医薬品等の確保を万全にする必要があります。
- NBC（N：核物質、B：生物剤、C：化学剤）を使ったテロ・災害には、特別な対応が求められることから、救命救急センター等の医療機関における医療従事者への知識の普及や装備の充実を進めていくことが重要です。

(イ) 災害時の情報把握

- 東日本大震災においては、一般電話等の通信手段がほとんど失われ、医療施設の被害状況等の把握が非常に困難な状況となりました。
- 本県においては、災害拠点病院をはじめ、災害拠点精神科病院、救護病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会等に、東日本大震災において貴重な通信手段となった衛星電話が配備されています。
- 災害時の迅速な医療活動が可能となるように、また、医療施設の被害状況等の情報を関係機関が収集、共有できるように、「広域災害・救急医療情報システム（EMIS）」⁶に県内全ての病院を登録しています。
- 2013年11月に「ふじのくに防災情報共有システム（FUJISAN）」⁷に災害医療関係機能を追加し、従来から運用していた救護所開設情報や救護班要請機能のほか、「広域災害・救急医療情報システム（EMIS）」との連携機能や、人工透析機関状況、感染症指定医療機関及び結核病床を有する医療機関状況等を登録、閲覧できる機能を加え、定期的に情報伝達訓練を実施しています。
- 「広域災害・救急医療情報システム（EMIS）」の適切な利用を推進し、信頼に足る生きた情報として、情報提供、情報収集、情報共有が可能になるよう、関係機関において複数の操作担当者を確保する等の対応が必要です。
- 一般電話回線が復旧するまでの間、情報通信体制を確保するためには、医療救護施設や関係機関の更なる衛星電話の整備促進が必要です。
- 「広域災害・救急医療情報システム（EMIS）」はインターネット上のシステムであるため、システムを使用する関係機関は、衛星回線インターネット環境の整備が必要です。
- 災害時には複数の通信手段を確保しておくことが重要であり、防災行政無線、衛星電話のほか、MCA無線⁸や日赤無線、アマチュア無線等も積極的に活用する必要があります。

(ウ) 広域医療搬送

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

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

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

- 南海トラフ巨大地震などの大規模災害が発生した場合、県内の医療機関では対応できない事態も想定されることから、国、他都道府県と連携して広域医療搬送を実施します。
- クラッシュ症候群等⁹の広域医療搬送基準に適合した重症患者を、自衛隊機等を活用し、被災地外の空港等を経由して迅速に災害拠点病院等に搬送し、治療を行います。
- 東日本大震災において、初めて実際の広域医療搬送が行われたことを契機に、全国で広域医療搬送に対する取組が本格化しており、S C U¹⁰におけるD M A T¹¹活動等の全国標準化が進められています。
- 静岡県外から参集するドクターヘリは、航空搬送拠点や、ドクターヘリ基地病院（順天堂大学医学部附属静岡病院、聖隷三方原病院）等を拠点として地域医療搬送を行います。
- 広域医療搬送については、国、県、市町、医療機関などの連携の下、訓練により更に習熟度を高めていく必要があります。
- 医療機関側が広域医療搬送トリアージや医療搬送カルテの作成など、適切な対応ができるよう、医療従事者への知識の啓発、普及が必要です。
- 特に、地域医療搬送については、全国各地から参集したドクターヘリが航空搬送を担うことが想定されるため、「大規模災害時におけるドクターヘリの運用体制構築に関わる指針について」（平成28年12月5日付け医政地発1205第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）を基に作成された災害時のドクターヘリの運用指針等に則り、ドクターヘリの要請手順や自地域における参集拠点に関しても訓練等を通して確認を行うことが必要です。本県では、2020年3月に、中部ブロック8県及びブロック内ドクターヘリ基地病院との間に「大規模災害時におけるドクターヘリ広域連携に関する基本協定」を締結し、災害時におけるドクターヘリの迅速かつ効率的な運用に向けた取組を行っています。

(エ) 広域受援

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

(災害超急性期（発災～2日）)

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

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

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

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

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

(災害急性期（3日～1週間）)

- 日本赤十字社の救護班や、JMAT、DPAT¹³等による支援が中心になります。
- 独立行政法人国立病院機構の医療班や、独立行政法人国立大学病院による支援を受け入れます。
- DMATの活動は段階的に縮小する一方、他都道府県が編成した医療チームによる支援が始まります。
- 日赤救護班、JMAT等の支援を円滑に受け入れるためには、日赤県支部、県医師会等の関係団体と、県災害対策本部において密接に連携する体制整備を更に進めることが必要です。
- 2次医療圏単位等で円滑に医療資源の需給調整等を行うコーディネート体制を整備するため、災害医療コーディネーター¹⁴を中心とした関係機関によるネットワーク体制の連携強化を推進していく必要があります。

(災害亜急性期（1週間～）以降)

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

(オ) 応援派遣

(DMAT)

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

(DPAT)

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

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

○本県では、**2021**年度現在 17 病院を静岡D P A T指定病院として指定しており、被災地域での活動（D P A T都道府県調整本部等での指揮調整、被災地での精神科医療の提供、精神保健活動への専門的支援）に従事します。

(応援班)

○応援班は、静岡県医療救護計画に基づき、県内の公的病院等の医療スタッフにより編成し、災害時に県の要請により、県内外に派遣されます。

○南海トラフ巨大地震等の県内における大規模災害発生時は、原則として、所属病院内の救護活動に専念します。

(医療関係団体による医療チーム)

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

(カ) 医薬品等の確保・供給

○医療救護施設の備蓄が消費された後の医薬品等の調達については、医療救護施設（救護所を除く）は日常取引のある医薬品卸業者等から、救護所は市町災害対策本部から行う体制となっており、医薬品等が不足した場合に備えて、県は、県医薬品卸業協会等関係団体と協定を締結し、確保、供給体制を整えるとともに、委嘱した災害薬事コーディネーターを県（本庁、方面本部）、市町（災害対策本部等）、薬剤師会（県、地域）に配置し、供給要請等への対応体制をとっています。

○輸血用血液が不足した場合に備えて、血液センター事業所ごとの血液保有状況の把握、調整など、確保、供給体制をとっています。

○人工透析を行うための、大量の水の確保と、専用の薬品等の確保など、医療的配慮が必要な県民への対応が必要です。

(キ) 災害時の健康管理

○災害が沈静化した後も、救護所等での住民等に対する健康管理を中心とした医療が必要となるため、医師会や歯科医師会、D P A T等を中心とした医療チームが活動を行います。

○医療チームは、避難所等における被災者に対する保健師等の健康支援活動と連携し、必要に応じ、感染症のまん延防止、衛生指導、口腔ケア、メンタルヘルスケアを適切に行うことが必要です。

○生活の変化による被災者の持病の悪化や体調不良の増加、エコノミークラス症候群、生活不活発病、P T S D（心的外傷後ストレス障害）¹⁵の発生を未然に防止するため、広範囲にわたる多数の被災者に対して専門的なケアを行う予防対策を実施します。

(ク) 原子力災害への対応

○福島第一原子力発電所の事故による原子力災害を踏まえ、資機材の整備等の防災対策の充実や原子力災害拠点病院の指定等を行い、原子力災害医療体制を確保しています。

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

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

(ケ) その他

○医療機関では、「南海トラフ地震に関連する情報（臨時）」に基づき、救急業務を除き、外来診療を制限又は中止し、入院患者等の安全措置や発災後の医療救護体制の準備を行うこととしています。

○災害発生時における医療救護活動がどのように行われるか、県民への周知、啓発を更に充実させる必要があるほか、医療従事者に対するトリアージ等、災害医療知識の普及を一層進めていくことも重要です。

○風水害についても医療機関や医師会、薬剤師会、消防等の関係機関との連携の強化、医薬品の備蓄や防災訓練、住民への啓発、普及に努める必要があります。

○東日本大震災において、慢性疾患患者等への診療に大きな効果を発揮した、お薬手帳の普及に努めることが必要です。

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

¹⁷ U P Z (Urgent Protective Action Planning Zone) 緊急時防護措置を準備する区域：国際基準に従い、確率的影響を実行可能な限り回避するため、避難、屋内退避、安定ヨウ素剤の服用等を準備する区域。区域の範囲の目安は、半径概ね31km（牧之原市、藤枝市、島田市、森町及び磐田市の一部。菊川市、掛川市、吉田町、袋井市及び焼津市の全域）。

(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
業務継続計画を策定している災害拠点病院及び救護病院の割合 (対象:87施設)	50施設 (57.5%) (2021年3月)		100%	被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画を整備	静岡県 「R2病院におけるBCPの考え方に基づいた災害対策マニュアル策定状況調査」 <R3.3>
業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施している災害拠点病院及び救護病院の割合 (対象:87施設)	研修	研修 35施設 (40.2%) (2021年3月)	100%	整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施	
	訓練	訓練 36施設 (41.4%) (2021年3月)	100%		
2次保健医療圏単位等で災害医療コーディネート機能の確認を行う訓練実施回数	年1回 (2019年度)		年2回以上 (毎年度)	全県一斉訓練のほか、各2次保健医療圏単位での訓練実施回数の合計値	地域災害医療対策会議開催状況等調査
静岡DMAT関連研修の実施回数	年2回 (2019年度)		年3回 (毎年度)	静岡DMAT隊員の養成及び技能維持向上を図る	「静岡DMAT-L隊員養成研修」、「静岡DMATロジスティクス研修」、「静岡DMAT看護師研修」の実施回数<R3.3>
静岡DPAT研修の実施回数	年1回 (2021年度)		年1回 (毎年度)	静岡DPAT隊員の養成及び技能維持向上を図る	「静岡DPAT研修」の実施回数<R3.11>

イ 施策の方向性

- 「防ぎ得る災害死」を1人でも減らすため、様々な災害に備え、災害時医療救護体制の整備、充実を図ります。
- 災害の超急性期を脱した後も、住民の健康が確保される体制を整備します。
- 今後増加が見込まれる局地災害に対しては、保健所を中心に、被災市町や医師会等の地元関係者と連携した活動が必要であるため、二次医療圏単位等の災害医療関係者のネットワークの構築を図ります。

(ア) 医療救護施設

- より多くの災害時医療拠点を確保するため、地域の実情に応じて、災害拠点病院の指定を積極的に推進します。
- 施設の耐震化やライフラインの確保など、救護病院等における施設・設備面での整備を引き続き推進します。
- DMATを派遣できる体制を整備充実するため、県内を中心に活動する静岡DMAT-L隊員

(LはL i m i t e dの略)を養成し、局地災害対応の強化を図っていきます。

- 市町が救護所を迅速に設置し、適切に医療救護活動を実施するため、県は、市町と医師会、歯科医師会、薬剤師会の協定締結を働きかける等、救護所で活動する医療従事者等の人材確保や、医薬品等の確保を推進します。
- 県は、平常時から、病院における業務継続計画の整備を働きかけるとともに、市町医療救護体制の整備指導や防災訓練等を通じ、院内の体制整備及び関係機関との連携体制の強化を図ります。また、医療救護活動が円滑に行われるように、必要に応じた医療救護計画の見直しを行います。
- 県は、災害拠点病院等にNBC災害に対応するための知識の普及などを進めていきます。
- 災害精神医療においては、災害拠点精神科病院を中心として、地域医療連携体制を構築します。

(イ) 災害時の情報把握

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

(ウ) 広域医療搬送

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

(エ) 広域受援

- 県外から参集するDMAT及びDPATを円滑に受け入れ、活動を調整するため、県DMAT調整本部及びDPAT調整本部の機能強化を進めます。
- 平時から保健医療圏単位等で保健所・市町の行政担当者と地域の医師会や歯科医師会、災害拠点病院等の医療関係者等によるネットワークを構築します。また、災害時に保健医療調整本部¹を設置し、医療救護施設等の保健医療ニーズを把握・分析した上で保健医療活動チームを配置調整する体制を整備します。
- DMAT連絡協議会及びDPAT連絡協議会における協議を踏まえ、各方面本部へのDMAT等の受入れを推進します。

¹ 保健医療調整本部：都道府県災害対策本部の下に設置し、保健医療活動チームの派遣調整、保健医療活動に関する情報連携、保健医療活動に係る情報の整理及び分析等の保健医療活動の総合調整を行う。なお、本県では、本機能は健康福祉部が担う。

- DMATの陸路による進出拠点を東西（東名足柄SA、新東名浜松SAを想定）に設置し、高速道路インターチェンジから災害拠点病院への緊急輸送ルートを迅速に確保することで、DMATの陸路受入体制を整備します。
- 災害時における医療の確保を図るため、新たに妊婦や乳幼児にかかる医療機関との調整を行う災害時小児周産期リエゾン²を養成し、小児・周産期医療に特化した調整役として災害医療コーディネーターをサポートする体制を整備します。また、研修・訓練の実施や連絡会議の開催により、救護活動をにやうDMATやJMAT、精神科医療を提供するDPAT等の医療チーム、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。

(オ) 応援派遣

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

(カ) 医薬品等の確保・供給

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

(キ) 災害時の健康管理

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

² 災害時小児周産期リエゾン：災害時に、都道府県が小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療調整本部において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行う都道府県災害医療コーディネーターをサポートすることを目的として、都道府県により任命された者

(ク) 原子力災害への対応

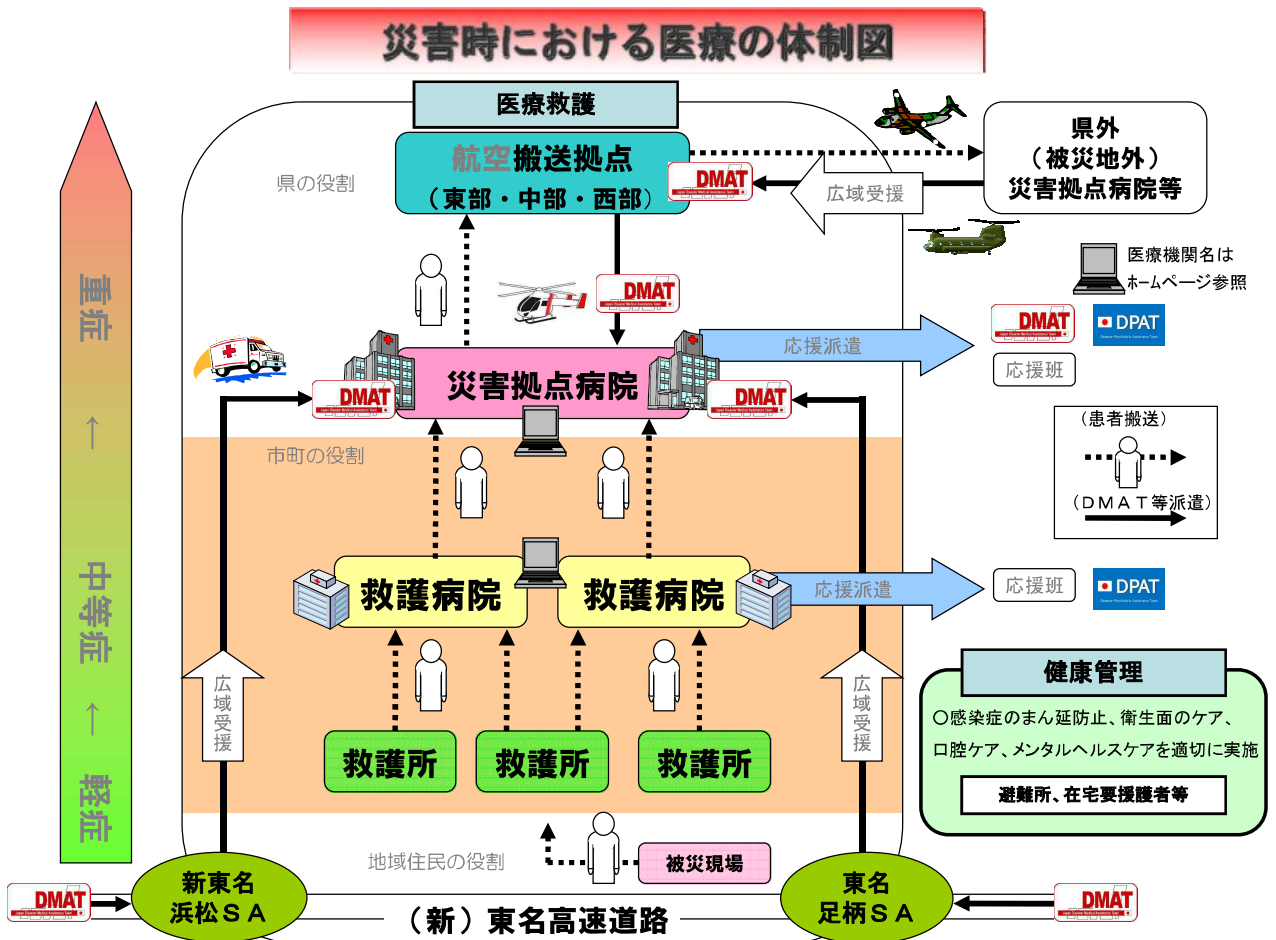
- 国の原子力災害対策指針に基づき、医療機関や災害拠点病院、医師会等の関係機関と連携しながら、原子力災害医療に必要な資機材・設備の整備や、医療関係者に対する研修・訓練の実施等、原子力災害医療体制の整備を進めます。
- 関係市、医師会及び薬剤師会等の関係機関と連携しながら、P A Z圏内の住民への安定ヨウ素剤の事前配布を継続的に実施します。

(ケ) その他

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

災害時における医療体制に求められる医療機能

		医療救護				医薬品等供給	健康管理		
		医療救護施設							
【救護所】	【救護病院】	【災害拠点病院】	【災害拠点精神科病院】	広域医療搬送	広域受援			応援派遣	
ポイント	<ul style="list-style-type: none"> ○軽症患者の受入れ ○中等症・重症患者の受入れ ○重症患者の災害拠点病院への搬送及び広域医療搬送への対応 ○業務継続計画等に基づく診療機能の早期回復 	<ul style="list-style-type: none"> ○中等症・重症患者の受入れ ○重症患者の災害拠点病院への搬送及び広域医療搬送への対応 ○業務継続計画等に基づく診療機能の早期回復 	<ul style="list-style-type: none"> ○重症患者の受入れ ○DMAT等医療チーム受入れ ○広域医療搬送への対応 ○DMAT派遣 ○業務継続計画に基づく診療機能の早期回復 	<ul style="list-style-type: none"> ○精神疾患患者の受入れ ○広域搬送のための一時的避難所 ○DPAT受入れ ○DPAT派遣 ○業務継続計画に基づく診療機能の早期回復 	<ul style="list-style-type: none"> ○県内で対応できない重症患者の航空機による広域医療搬送 ○SCUへの重症患者受入れ、安定化措置、広域医療搬送 	<ul style="list-style-type: none"> ○SCU、災害拠点病院等へのDMAT受入れ ○救護所、避難所等への日赤、JMAT、各都道府県等医療チーム等の受入れ 	<ul style="list-style-type: none"> ○県内局地雷害発生時のDMAT、DPAT派遣 ○県外大規模災害発生時のDMAT、DPAT等医療チームの派遣 	<ul style="list-style-type: none"> ○不足した医薬品等の供給 	<ul style="list-style-type: none"> ○感染症のまん延防止、衛生指導、口腔ケア、メンタルヘルスケアを適切に実施
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> ・災害発生時、または警戒宣言時に開設 ・軽症患者に対する処置、必要に応じ中等症患者及び重症患者の応急処置 ・救護病院や災害拠点病院との連携 	<ul style="list-style-type: none"> ・中等症、重症患者の処置及び受入れ ・救護所や災害拠点病院との連携 ・広域医療搬送への対応 ・業務継続計画等に基づき、被災後、早期に診療機能を回復 	<ul style="list-style-type: none"> ・他の医療救護施設で処置の困難な重症患者の広域的な受入れ ・DMAT等の受入れ及び派遣 ・救護所や救護病院との連携 ・広域医療搬送への対応 ・業務継続計画に基づき、被災後、早期に診療機能を回復 	<ul style="list-style-type: none"> ・被災した精神科病院等の精神疾患を有する患者の受入れ ・広域搬送のための一時的避難所 ・DPATの受入れ及び派遣 ・業務継続計画に基づき、被災後、早期に診療機能を回復 	<ul style="list-style-type: none"> ・SCUで活動するDMATの受入れ ・ドクターヘリ等による災害拠点病院等からの重症患者受入れ ・SCUでの安定化措置後、自衛隊機等により重症患者を広域医療搬送 	<ul style="list-style-type: none"> ・他都道府県や全国組織への支援要請に基づく医療チーム等の派遣受入れ ・災害医療コーディネーターによる医療圏単位の医療資源需給調整（保健所長業務の補完） ・災害薬事コーディネーターによる救護所等への薬剤師の応援の調整 	<ul style="list-style-type: none"> 【DMAT/DPAT指定病院】被災地に迅速に駆けつけ、救急治療や精神科医療を行うための専門的な訓練を受けた医療チーム（DMAT/DPAT）を保有する病院 【応援班設置病院】県外大規模災害発生時に医療救護チームを編成するための応援班を設置する病院 	<ul style="list-style-type: none"> ・災害拠点病院等の備蓄が消費された後の医薬品等の供給 ・災害薬事コーディネーターによる調整 ・市町及び関係団体との連携 	<ul style="list-style-type: none"> ・感染症のまん延防止、衛生指導、口腔ケア、メンタルヘルスケアを実施 ・携行式の応急用医薬品器材、応急用医薬品の準備 ・医療チームや薬剤師等との連携



関連図表

○指標による現状把握

指 標		実 績	
指標の項目	時点	静岡県	出典元
災害拠点病院指定数	2021. 4	23 施設	災害拠点病院現況調査
病院機能を維持するために必要な全ての建物が耐震化された災害拠点病院の割合	2021. 4	23/23 施設 (100%)	災害拠点病院現況調査
通常時の6割程度の発電容量のある自家発電機等を保有し、3日分程度の燃料を確保済の災害拠点病院の割合	2021. 4	22/23 施設 (95.7%)	厚生労働省「災害拠点病院の現況調査」
衛星電話を設置している災害拠点病院及び救護病院の割合	2021. 4	68/87 施設 (78.2%)	市町医療救護体制調査
病院の敷地内で患者が利用する全ての建物が耐震化された救護病院の割合	2020. 9	80/85 施設 (94.1%)	病院の耐震改修状況調査
災害医療コーディネーター任命者数	2021. 4	47 人	県委嘱
災害時小児周産期リエゾン任命者数	2021. 4	16 人	周産期医療・小児医療に再掲
原子力災害拠点病院指定数	2021. 4	2 施設	県指定
原子力災害医療協力機関登録数	2021. 4	8 施設	県登録

○静岡県第4次地震被害想定

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

※死者及び傷病者数は最大被害想定

○圏域別医療救護施設指定状況等（2021年2月時点）

2次保健 医療圏	救護所 (市町指定)	救護病院 (市町指定)	災害拠点病院 (県指定)	災害拠点 精神科病院 (県指定)	航空搬送拠点	医療救護チーム	
						DMA T	DPA T
賀茂	<u>16</u>	<u>5</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	愛鷹 広域公園	<u>0</u>	<u>0</u>
熱海伊東	<u>15</u>	<u>4</u>	<u>2</u>	<u>0</u>		<u>2</u>	<u>0</u>
駿東田方	<u>64</u>	<u>25</u>	<u>4</u>	<u>1</u>		<u>9</u>	<u>3</u>
富士	<u>25</u>	<u>11</u>	<u>2</u>	<u>0</u>		<u>6</u>	<u>1</u>
静岡	<u>60</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	<u>1</u>	静岡空港	<u>15</u>	<u>8</u>
志太榛原	<u>32</u>	<u>7</u>	<u>3</u>	<u>0</u>		<u>9</u>	<u>0</u>
中東遠	<u>37</u>	<u>6</u>	<u>2</u>	<u>0</u>	航空自衛隊	<u>5</u>	<u>3</u>
西部	<u>76</u>	<u>17</u>	<u>5</u>	<u>2</u>	浜松基地	<u>15</u>	<u>8</u>
全県	<u>325</u>	<u>85</u>	<u>23</u>	<u>4</u>	3	<u>61</u>	<u>23</u>

へき地医療

【対策のポイント】

- へき地住民への医療提供体制の確保
- へき地の診療を支援する機能の向上

【数値目標に対する進捗状況】

項目	策定時	現状値	目標値	進捗状況
医療提供支援策 ¹ が実施されている無医地区の割合	100% (2016年度)	100% (2020年度)	100% (毎年度)	目標値を達成 (維持目標)
へき地医療拠点病院による、へき地への巡回診療	年16回/病院 (2016年度)	年12回/病院 (2020年度)	年12回以上/病院	目標値を達成 (維持目標)
へき地医療拠点病院による、へき地への代診医等派遣	年14回/病院 (2016年度)	年27回/病院 (2020年度)	年12回以上/病院	目標値を達成 (維持目標)

1 現状と課題

(1) へき地の医療

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

(2) 本県の状況

（県内のへき地の状況）

- 県内には、交通条件や地理的条件等に恵まれない山間地や離島など、いわゆるへき地が15市町にあります。
- また、無医地区²が5市町15地区、無歯科医地区²が6市町20地区あります。
- これらの地域では、公共交通機関による通院が困難なため、定期的に医療機関を受診する住民に対し、移動を支援する体制が必要です。加えて、専門的な医療や高度な医療については、重篤な救急患者を高度専門医療機関へ搬送する体制が必要です。

（県内の医療施設従事医師数等の状況）

¹ 市町等による定期的な患者輸送車の運行やへき地医療拠点病院による巡回診療などの、無医地区に対する支援

² 無医地区・無歯科医地区：医療機関のない地域で、中心的な場所を起点として、概ね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区。なお、区域内の人口が49人以下の場合、無医地区に準じる地区、無歯科医地区に準じる地区としている。

へき地勤務医師等の状況

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

(3) 医療提供体制

(ア) へき地診療所等

- 県内には、へき地診療所設置基準³に定める地域において設置されるへき地診療所が12診療所あり、へき地の医療を支える役割を担うとともに、へき地地域住民の医療を確保しています。
- へき地病院⁴や準へき地病院⁵、へき地診療所以外のへき地に所在する診療所などの医療機関も、へき地地域住民に対する医療の提供を行っています。

(イ) へき地医療拠点病院

- 県が指定した県内8箇所のへき地医療拠点病院⁶は、無医地区等への巡回診療、へき地診療所への代診医派遣等の各種事業を行っています。
- 代診医派遣については、浜松市国民健康保険佐久間病院及び国立病院機構天竜病院からへき地診療所に派遣しているほか、県立総合病院から、へき地公設公営診療所等5箇所に派遣を実施しています。2015年に実施した医療需要調査では、へき地公設公営診療所以外のへき地診療所からも代診医の派遣希望があったことから、へき地公設公営診療所以外の民間のへき地診療所に対する代診制度の拡充と派遣体制の充実強化が課題となっています。

(ウ) へき地医療支援機構

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

³ へき地診療所設置基準：診療所を設置しようとする場所を中心として概ね半径4kmの区域内に他に医療機関がなく、その区域内の人口が原則として人口1,000人以上であり、かつ、診療所の設置場所から最寄りの医療機関まで通常の交通機関を利用して30分以上を要するものであること。(厚生労働省へき地保健医療対策等実施要綱)

⁴ へき地病院：本県におけるへき地医療対策の対象地域にある病院（へき地医療拠点病院及び精神科病院は除く。）

⁵ 準へき地病院：へき地には所在しないが、へき地医療の確保に必要であると考えられる病院

⁶ へき地医療拠点病院：へき地診療所等への代診医等の派遣、へき地従事者に対する研修、遠隔診療支援等の診療支援事業等が実施可能な病院で、県の指定を受けた病院（厚生労働省へき地保健医療対策等実施要綱）

(エ) 自治医科大学卒業医師の派遣

○医師の確保が困難な地域に、自治医科大学卒業医師を派遣しています。

(オ) 行政によるへき地医療支援の取組

○へき地を有する一部市町では、地域住民の医療の確保や、へき地勤務医の勤務環境の整備のため、へき地診療所等の運営の支援や施設の修繕及び備品購入の支援など、様々な施策に取り組んでいます。

○へき地を有する一部市町では、医療機関への受診を支援するため、患者輸送車の運行を実施しており、県は運行経費の一部を補助しています。

○県は、へき地医療の維持・確保のため、へき地医療拠点病院の運営支援やへき地診療所等のへき地の医療機関に対し必要な施設設備の整備支援などを行っています。

(カ) へき地における救急搬送体制

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

(キ) へき地における保健予防活動

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

2 今後の対策

(1) 数値目標

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典	
継続	医療提供支援策が実施されている無医地区の割合 100% (2020年度)	100% (毎年度)	へき地への継続的な医療提供は困難であるため、患者輸送車運行事業や巡回診療等による、医療提供の支援を行っていく。	無医地区等調査(厚生労働省)	
新規	次のいずれかを実施したへき地医療拠点病院の割合 ・巡回診療 年間実績 12 回以上 ・医師派遣 年間実績 12 回以上 ・代診医派遣 年間実績 1 回以上	100% (2020年度)	100% (毎年度)	良質かつ適切なへき地医療を提供する体制を構築する。	へき地医療支援事業実施状況(静岡県へき地医療支援機構)

(2) 施策の方向性

(ア) へき地住民への医療提供体制の確保

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

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

(イ) へき地の診療を支援する機能の向上

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

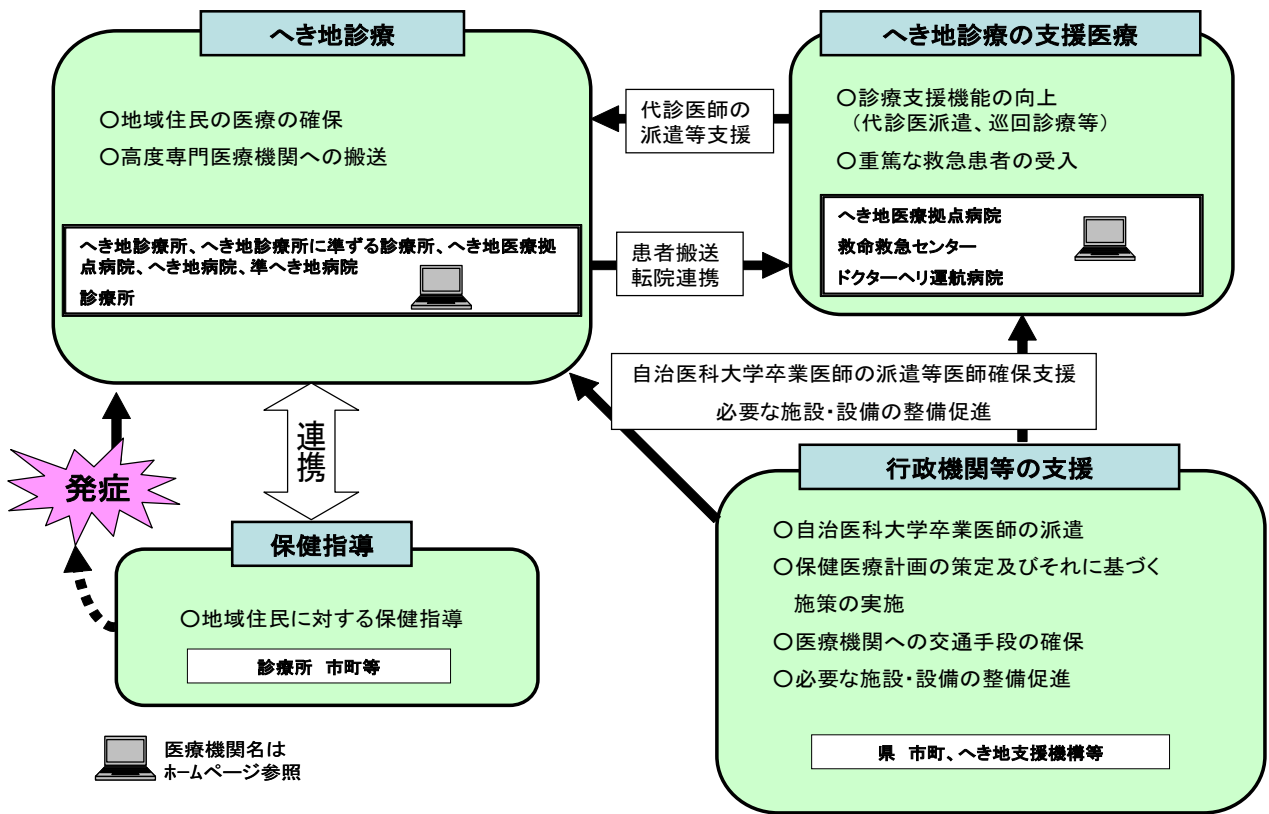
(ウ) 計画の推進

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

(3) へき地の医療体制に求められる医療機能

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

(4) へき地の医療体制図



(5) 関連図表

○指標による現状把握

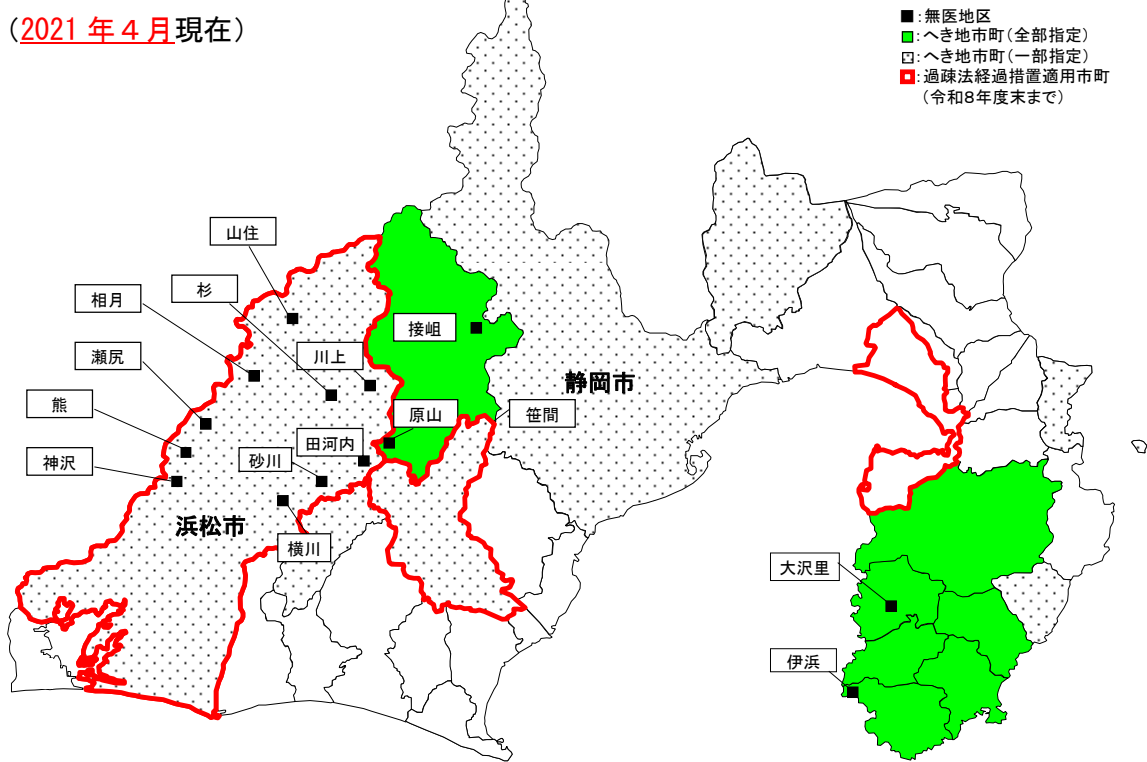
指標 指標の項目	時点・期間	実績		出典
		静岡県	全国	
へき地診療所数	2016. 1. 1	11	25. 6	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
へき地診療所の医師数	2016. 1. 1	11. 8	21. 5	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
へき地医療拠点病院数	2016. 1. 1	5	7. 4	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
へき地医療拠点病院によるへき地への巡回診療の実施回数	2015. 4. 1 ～ 2016. 1. 1	47	129. 7	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
へき地医療拠点病院からへき地へ代診医を派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

※全国値は平均値

○県内のへき地の状況

＜静岡県のへき地の現況図＞

(2021年4月現在)



○各法律に基づくへき地医療対策の対象地域

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

○2次保健医療圏別無医地区（2019年調査）

圏域	市町名	旧市町村名	地区名	地区数
賀茂	南伊豆町	伊豆市	伊浜	1
	西伊豆町	伊豆市	大沢里	1
志太榛原	島田市	川根町	笹間	1
	川根本町	中川根町	原山	1
		本川根町	接岨	1
西部	浜松市	天竜市	横川、熊、神沢	3
		龍山村	瀬尻	1
		春野町	田河内、砂川、杉、川上	4
		佐久間町	相月	1
		水窪町	山住	1
計	5市町		15地区	

2019年 無医地区等調査（厚生労働省）

○2次保健医療圏別無歯科医地区（2019年調査）

圏域	市町名	旧市町村名	地区名	地区数
賀茂	南伊豆町	伊豆市	天神原、伊浜	2
	西伊豆町	伊豆市	大沢里	1
静岡	静岡市	静岡市	梅ヶ島、長熊、落合、大河内	4
志太榛原	島田市	川根町	笹間	1
	川根本町	中川根町	原山	1
		本川根町	接岨	1
西部	浜松市	天竜市	東藤平・阿寺、懐山、只来*、横川*、熊*、神沢*、大栗安*、西藤平・芦窪・長沢*、石神*、上野*	9
		龍山村	下平山、瀬尻	2
		春野町	田河内、砂川、筏戸大上、杉、川上	5
		佐久間町	大井、浦川*、相月*	3
		水窪町	山住	1
計	6市町		30地区	

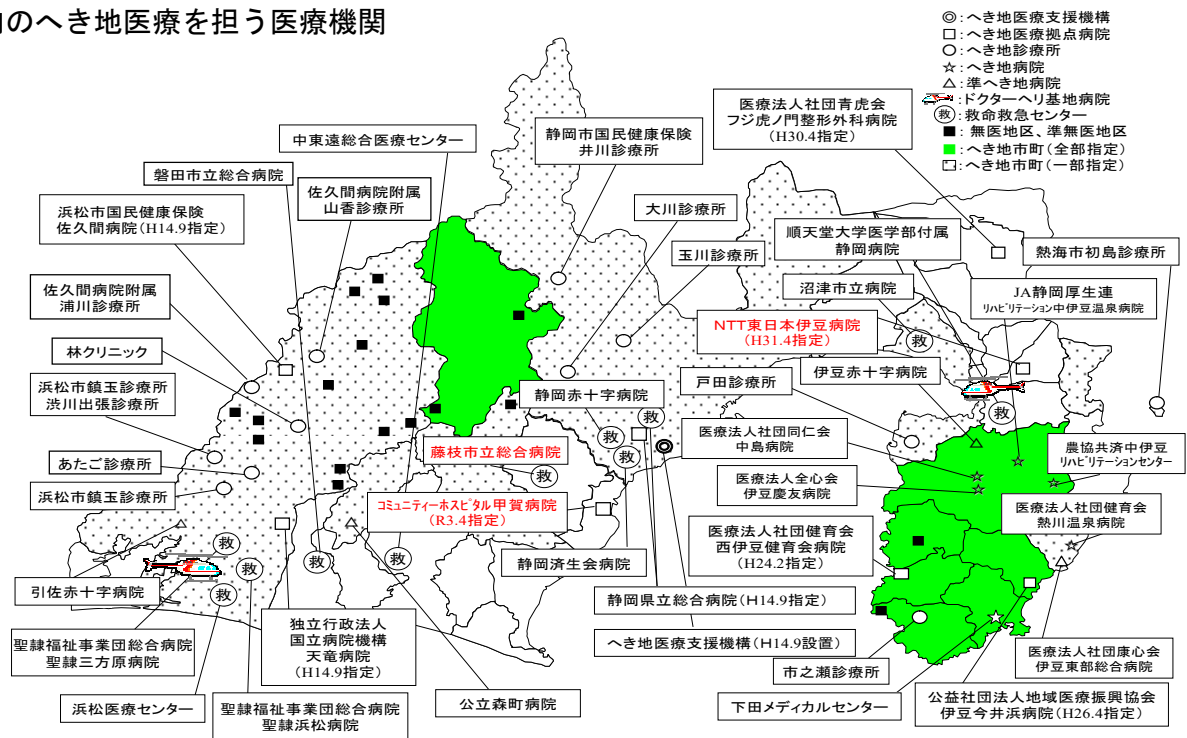
*無歯科医地区に準じる地区

2019年 無医地区等調査（厚生労働省）

○静岡県の無医地区等数の推移

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

○県内のへき地医療を担う医療機関



○2次保健医療圏別へき地診療所等の医療機関数（2021年）

2次保健医療圏名	へき地診療所	へき地医療拠点病院	へき地病院	準へき地病院	救命救急センター	ドクターヘリ基地病院
賀茂	1	2	2	1		
熱海伊東	1					
駿東田方	1	<u>2</u>	4	1	2	1
富士						
静岡	3	1			3	
志太榛原		<u>1</u>			<u>1</u>	
中東遠				1	2	1
西部	6	2		1	3	
全県	12	<u>8</u>	6	4	<u>11</u>	2

○へき地医療拠点病院によるへき地医療支援活動

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

○へき地医療拠点病院による代診医の派遣実績の推移

(単位：回)

年度	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	備考
静岡県立総合病院	27	28	29	26	43	36	26	へき地公設公営診療所等(6箇所)へ派遣
浜松市国民健康保険佐久間病院	4	5	6	7	11	9	2	佐久間病院附属浦川診療所へ派遣
国立病院機構天竜病院	6	4	8	5	5	4	2	あたご診療所、林クリニックへ派遣
医療法人社団青虎会 フジ虎ノ門整形外科病院	-	-	-	-	55	59	60	戸田診療所へ派遣
NTT東日本伊豆病院	-	-	-	-	-	48	46	初島診療所へ派遣

○へき地医療拠点病院による巡回診療実施実績の推移

(単位：回)

年度	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	備考
浜松市国民健康保険佐久間病院	10	12	13	13	13	13	13	浜松市(旧佐久間町)吉沢地区、上平山地区
医療法人社団健育会西伊豆健育会病院	12	12	12	12	12	12	12	西伊豆町大沢里地区
公益社団法人地域医療振興協会伊豆今井浜病院	24	24	24	24	12	12	12	南伊豆町伊浜地区 天神浜地区は2017まで

○へき地患者輸送車運行事業の状況

(2019年度)

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

○へき地を有する市町のへき地医療支援の取組状況

市町	取組内容
西伊豆町	公設民営診療所の運営支援、施設修繕及び備品購入支援
熱海市	公設公営診療所の管理運営
沼津市	へき地診療所の建物の 大規模修繕 及び主な医療機器 購入 について市が負担
静岡市	<ul style="list-style-type: none"> ・公設民営診療所の運営支援、施設修繕及び備品購入支援 ・公設公営診療所の管理運営
浜松市	<ul style="list-style-type: none"> ・病院を起点として各集落を結ぶ公共交通の運行 ・公設民営診療所の運営支援 ・公設公営診療所の管理運営 ・天竜区の看護師等の充足を図るため、看護師等修学資金の貸与

周産期医療

【対策のポイント】

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

【数値目標に対する進捗状況】

項目	策定時	現状値	目標値	進捗状況
周産期死亡率 (出産千人当たり)	3.7 (2015年)	3.5 (2020年)	3未満	目標に向け数値が改善
妊産婦死亡数	1.7人 (2013～2015年平均)	0.3人 (2018～2020年平均)	0人	目標に向け数値が改善
母体救命講習会受講者数	36人 (2016年度)	332人 (2020年度)	累計 427人 (2021年度)	目標に向け数値が改善

(1) 現状と課題

ア 周産期の医療

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

イ 本県の状況

(出生数及び合計特殊出生率)

- 本県の出生数は、1975年以降はほぼ毎年減少を続けており、1989年に4万人を、2014年には3万人を下回り、2020年は2万2,497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、2019年には1.44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2018年に77人まで減少しましたが、2020年は79人となっています。

- 本県の周産期死亡率は、2018年から2020年の3年平均で出産千人当たり3.4と、全国平均の3.3を上回る水準となっています。妊娠22週以後の死産率は出産千人当たり2.6であり、全国平均2.6と同水準となっています。早期新生児死亡率は出生千人当たり0.8であり、こちらは全国平均0.7を上回る水準となっています。
- 相対的に出産のリスクが高くなる35歳以上の出産の割合は年々高くなっており、2000年の10.9%（3,907人）に対し、2020年には27.0%（6,076人）と比率として約2.5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、2018年から2020年までの3年間の平均で0.3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1.4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リスクの高い分娩まで、あらゆる母体、胎児、新生児に対応しています。

○持続可能な周産期医療提供体制の構築に向け、医師の働き方改革によって医師の労働時間が減少することを見据えた検討が必要です。

(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、2020年12月末時点では、1995年の141施設と比べて50施設減の91施設（病院24施設、診療所40施設、助産所27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37件、診療所においては平均24件前後で推移しています。
- 正常分娩やリスクの低い帝王切開術を行う医療機関の確保を行うとともに、ハイリスク分娩の増加により総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターの負担が大きくなっていることから、総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターと、その他の分娩取扱施設との機能分担が求められています。

(イ) 周産期医療従事者

- 近年、本県の産科・産婦人科の医師は、2006年の264人を底に増加傾向にあり、2018年は303人となっています。分娩を取り扱う常勤医師は、直近の調査において病院156人、診療所55人の計211人となっています。
- 県における新生児医療を担う常勤医師は2021年4月時点で157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 24 病院における常勤麻酔科医は 123 人であり、その約半数は西部地域に集中しています。また、2次周産期医療機関の17病院のうち、常勤の麻酔科医が1人以下の病院が 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 567 人、分娩取扱診療所に勤務する常勤助産師は 135 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。
- 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

- NICUの診療報酬加算病床は 12 施設に、117 床あり、2019年度のNICU病床利用率は 74.4%となっています。
- 本県のNICU病床整備率は出生1万人当たり 49.3 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 56.7 床、西部地域は 58.0 床であるのに対し、東部地域は 30.7 床であり、地域差があります。
- 2021年8月の静岡県による調査時点で、県内NICUにおける入院期間が半年以上に達した児は 6人 でした。
- NICUの整備状況に地域間の偏在があることから、地域バランスを考慮した整備を進めることが求められています。加えて、NICUの稼動に必要な医療従事者の確保も必要です。
- 2021年4月現在、MFICUの診療報酬加算病床は3施設に、27 床あり、2020年度のMFICU病床利用率は 84.4%となっています。

(エ) 産科救急搬送

- 母体及び新生児搬送は、基本的には東部、中部、西部の各地域内で行われており、東部地域では順天堂大学医学部附属静岡病院が、中部地域では静岡県立こども病院が、西部地域では総合病院聖隷浜松病院が、1次・2次周産期医療機関からの受入要請に対する受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け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。
- 産科合併症以外の合併症（身体合併症、精神合併症）への対応が全国的に課題となっており、周産期医療と救急医療の連携が重要となっています。3次及び2次周産期医療機関20施設のうち、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。

(地域別の搬送体制)

◇東部地域（2次保健医療圏：賀茂、熱海伊東、駿東田方、富士）

- ・地域周産期母子医療センター及び産科救急受入医療機関が少なく、ハイリスク患者が総合周産期母子医療センターである順天堂大学医学部附属静岡病院に集中しています。
- ・賀茂医療圏では、分娩取扱施設が2施設（診療所、助産所各1施設）のみとなっており、熱海伊東医療圏では、分娩取扱施設が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、主に静岡県立こども病院へ搬送しています。

◇中部地域（2次保健医療圏：静岡、志太榛原）

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

- ・中東遠医療圏の東側の地域では、総合周産期母子医療センターである聖隷浜松病院からの距離が離れているため、患者の搬送に時間を要する場合があります。
- ・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。
- ・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) 災害時における対応

- 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、2020年度末時点で16人に委嘱していますが、より多くの配置が必要です。

(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、救急時には母児にとって非常に危険であるとともに、受入医療機関探しが難航する場合があります。
- また、妊婦健康診査の未受診者が、出産後に虐待に至るケースもあることから、健診未受診を端緒として支援の必要な家庭を把握し、支援につなげていくことが重要です。
- 妊娠中はう歯などの歯科疾患が進行しやすいと言われており、出産後には授乳などで歯科受診が困難となることもあるので、妊娠中に必要な治療が受けられるよう、妊婦の理解を促進する必要があります。

(在宅医療との連携)

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

(産後うつ)

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

(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
継続	周産期死亡率 (出産千人当たり)	3.5 (2020年)	3未満	全国トップクラスを目指す。 (2015年に3未満であったのは6県のみ)	厚生労働省「人口動態統計」
	妊産婦死亡数	0.3人 (2018~2020年平均)	0人	過去最高の水準(2014年:0人)で設定	厚生労働省「人口動態統計」
	母体救命講習会受講者数	332人 (2020年度)	累計 474人 (2023年度)	産科医全員等が受講	県地域医療課調査

イ 施策の方向性

(ア) 分娩取扱施設

- 東部、中部、西部の3地域を単位とした地域の周産期医療施設のネットワークによる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医療体制を各地域で検討します。
- 新たに分娩を取り扱う施設を支援するため、施設及び設備の整備を行う分娩取扱施設に対し助成を行います。

(イ) 周産期医療従事者の確保及び育成

- 魅力ある研修プログラムを提供し、県内での周産期医療に携わる専門医の養成を図るなど、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いて、周産期医療に携わる専門医の養成に対する支援を行い、県内の周産期医療に携わる人材の確保を図ります。

(ウ) 周産期医療関連病床の整備

- NICUは、整備状況に地域間の偏在があり、満床を理由にハイリスク患者の受け入れができないケースもあることから、地域バランスや病床の利用状況等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) 産科救急搬送の整備

- 症状が安定し、搬送元医療機関等で治療管理可能な患者については、搬送元医療機関への戻り搬送を行うなど、3次・2次周産期医療機関において、緊急患者の受け入れができるような体制を確保します。
- 県境を越えた母体及び新生児の搬送受入が引き続き円滑に行われるよう、必要に応じ、隣接県との調整を行います。
- 身体合併症を有する母体に対応するため、総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センター等における救命救急センター又は関係診療科との一層の連携強化を図ります。
- 精神合併症を有する母体に対応するため、産科と精神科との連携強化を図ります。

(地域別の搬送体制)

◇東部地域

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

◇中部地域

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

◇西部地域

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

(オ) 災害時における対応の強化

- 災害時小児周産期リエゾン研修の積極的な受講を促し、より多くのリエゾンの養成を目指します。
- 災害時における、分娩可能な施設等についての情報伝達方法について、災害時小児周産期リエゾン等の関係者と連携しながら、体制の整備に努めます。

(カ) 妊産婦及び新生児のケアの充実

(妊婦健康診査)

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

(在宅医療との連携)

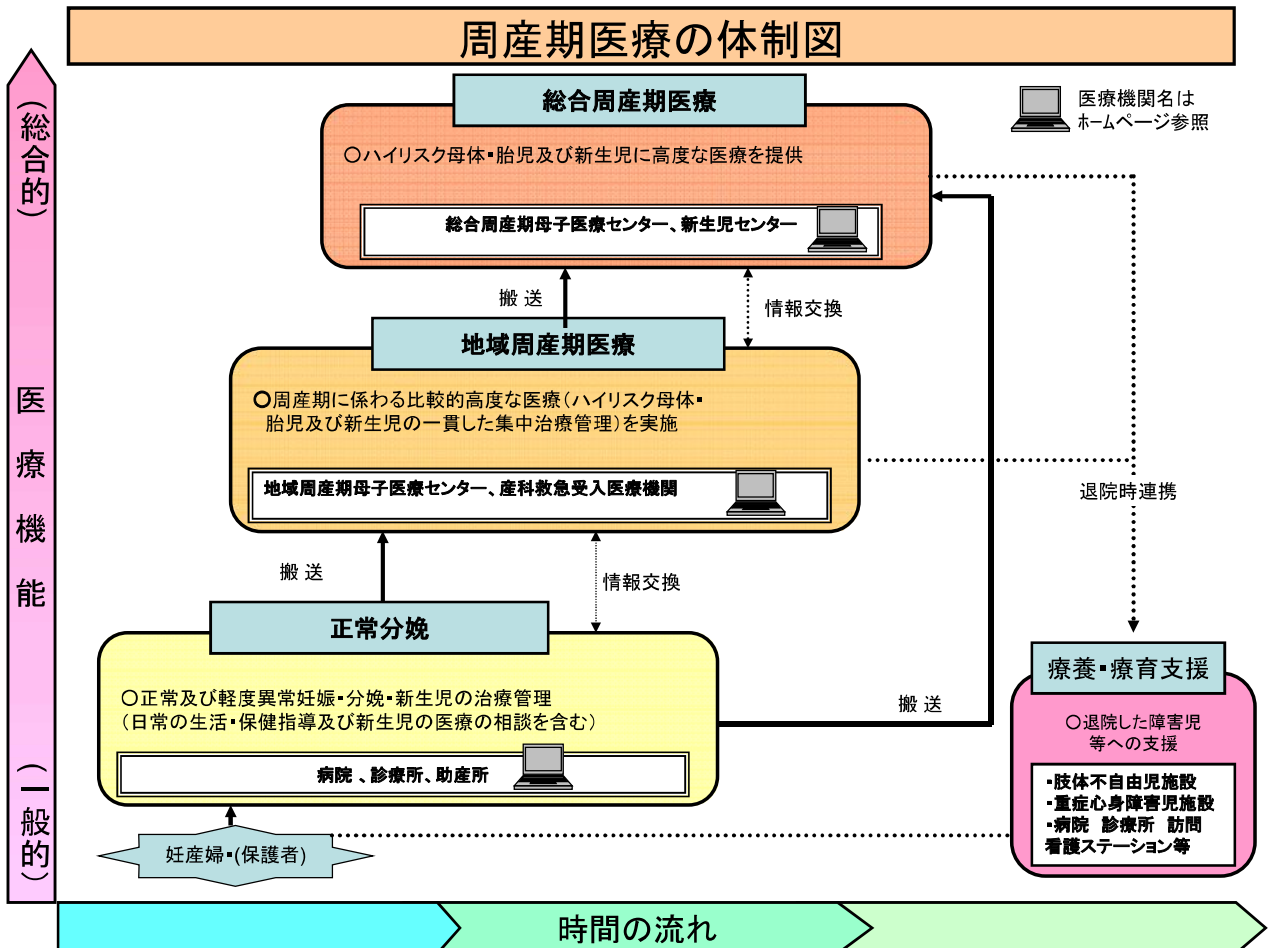
- NICU、GCUに長期入院している児に対し、一人ひとりの児にふさわしい療育・療養環境を確保するための体制整備を検討するとともに、在宅での療養に対する支援の充実を図っていきます。
- NICU等を退院後、地域で医療的なケアを要する児や家族が適切な医療支援を受けるために、医療従事者等に対して、環境整備や地域連携についての研修を行います。

(産後うつへの対応)

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

周産期医療の体制に求められる医療機能

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



様式4：関連図表

関連図表

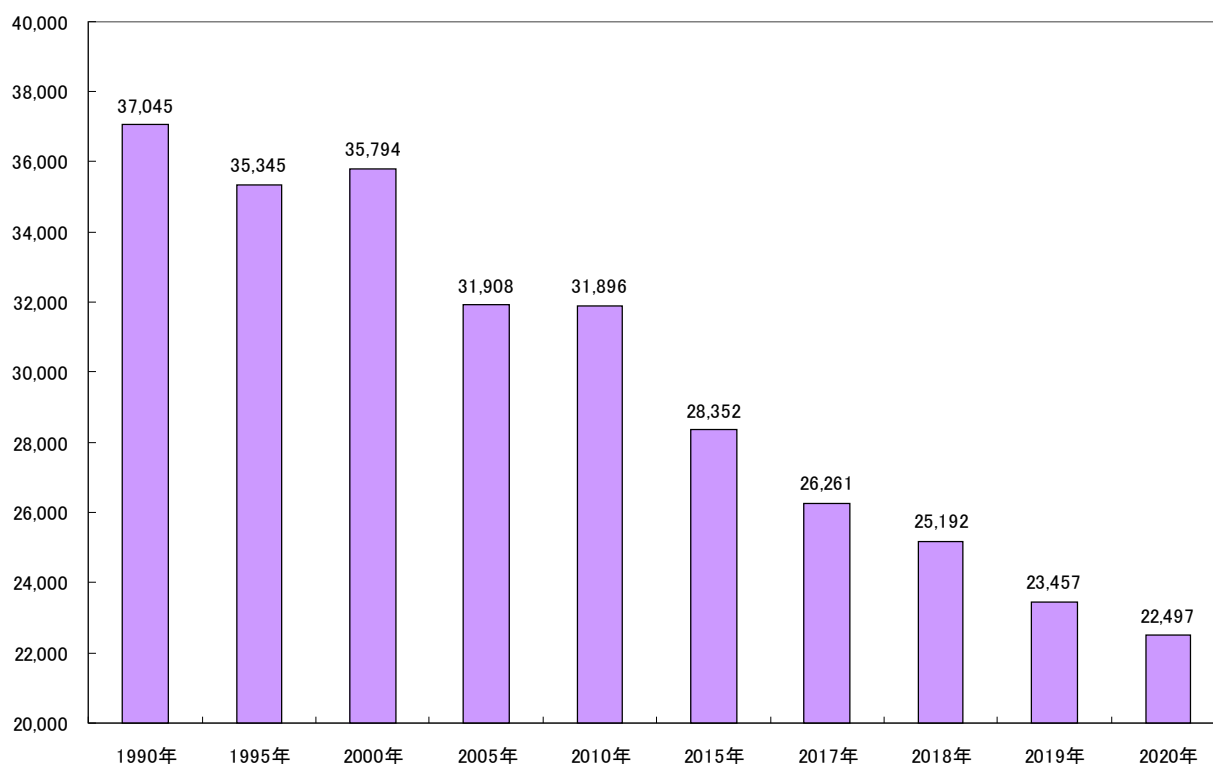
○指標による現状把握

指 標	1990年	1995年	2000年	2005年	2010年	2015年	2017年	2018年	2019年	2020年	2018～ 2020平均
出生数	37,045	35,345	35,794	31,908	31,896	28,352	26,261	25,192	23,457	22,497	23,715
合計特殊出生率	1.60	1.48	1.47	1.39	1.54	1.54	1.52	1.50	1.44	-	1.47
周産期死亡率（出生千対）	10.3	7.8	5.6	5.0	4.2	3.7	3.2	3.0	3.7	3.5	3.4
全国平均	11.1	7.0	5.8	4.8	4.2	3.7	3.5	3.3	3.4	3.2	3.3
全国順位	11	37	22	28	24	25	12	15	30	27	-
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	2.9	2.2	2.8	2.8	2.6
全国平均	9.2	5.5	4.5	3.8	3.4	3.0	2.8	2.6	2.7	2.5	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	0.3	0.8	0.9	0.7	0.8
全国平均	1.9	1.5	1.3	1.0	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7
新生児死亡率（出生千対）	2.3	2.1	1.5	1.8	1.1	0.9	0.5	1.2	1.4	1.0	1.2
全国平均	2.6	2.2	1.8	1.4	1.1	0.9	0.9	0.9	0.9	0.8	0.9
全国順位	11	20	11	24	28	28	3	40	43	27	-
35歳以上の出産数	2,814	3,101	3,907	4,726	7,057	7,278	6,959	6,691	6,356	6,076	6,374
出生千対	76.0	87.7	109.2	148.1	221.3	256.7	265.0	265.6	271.0	270.1	268.8
妊産婦死亡数	4	2	3	1	0	3	1	0	1	0	0.3
出生10万対	10.4	5.5	8.1	3.1	0.0	10.4	3.7	0.0	4.2	0.0	1.4
出生10万対（全国）	8.2	6.9	6.3	5.7	4.1	3.8	3.4	3.3	3.3	2.7	3.1

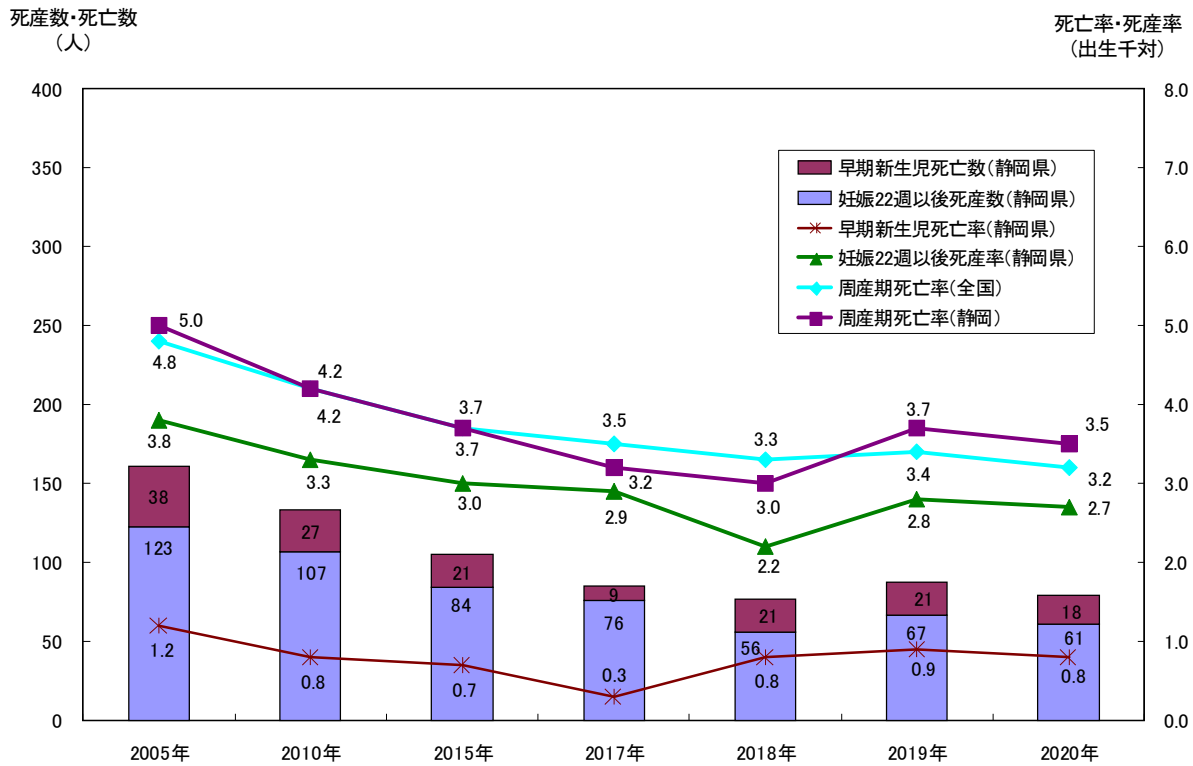
（出典）厚生労働省人口動態調査、静岡県の人口動態統計の概況
 * 新生児死亡率及び2018～2020年の3年平均は人口動態調査から計算
 * 全国順位は死亡率の低い方からの順位

（出生数の推移）

（単位：人）

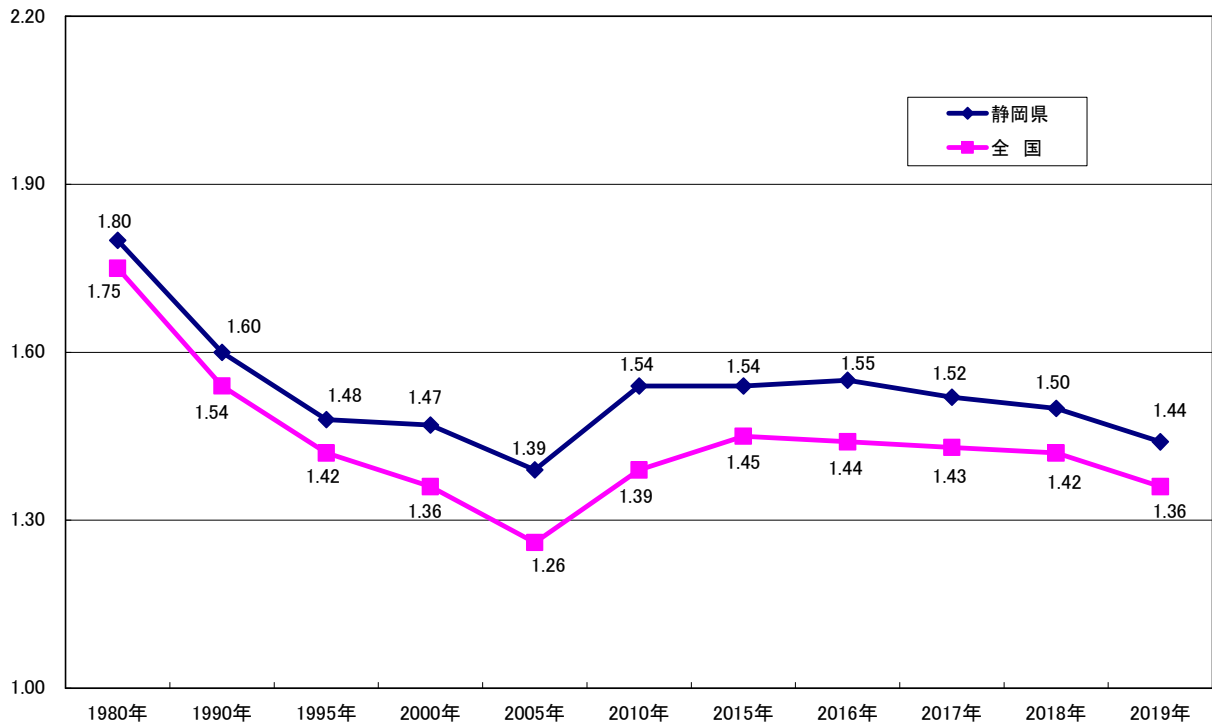


(周産期死亡率)



(合計特殊出生率)

(単位：人)



○分娩取扱施設数

(二次医療圏別の分娩取扱施設数：2020年12月現在)

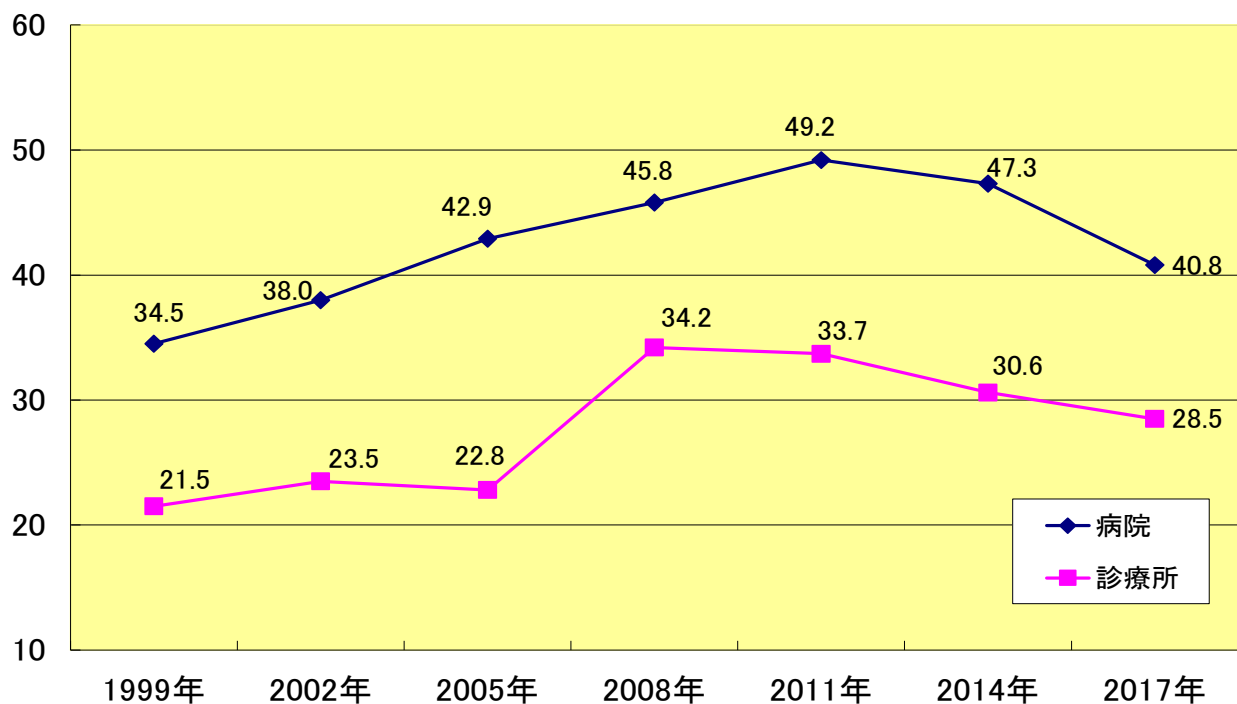
		病 院	診療所	助産所	計
東 部		7	17	5	29
	賀 茂	0	1	1	2
	熱海伊東	1	2	0	3
	駿東田方	4	10	1	15
	富 士	2	4	3	9
中 部		8	12	11	31
	静 岡	6	7	10	23
	志太榛原	2	5	1	8
西 部		9	11	11	31
	中 東 遠	3	5	7	15
	西 部	6	6	4	16
計		24	40	27	91

(分娩取扱施設数の推移) (各年度3月末現在)

区 分	1995年度	2014年度	2015年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
病 院	39	28	28	25	25	25	24
診 療 所	85	44	46	45	44	42	39
助 産 所	17	25	25	25	27	27	28
計	141	97	99	95	96	94	91

(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)



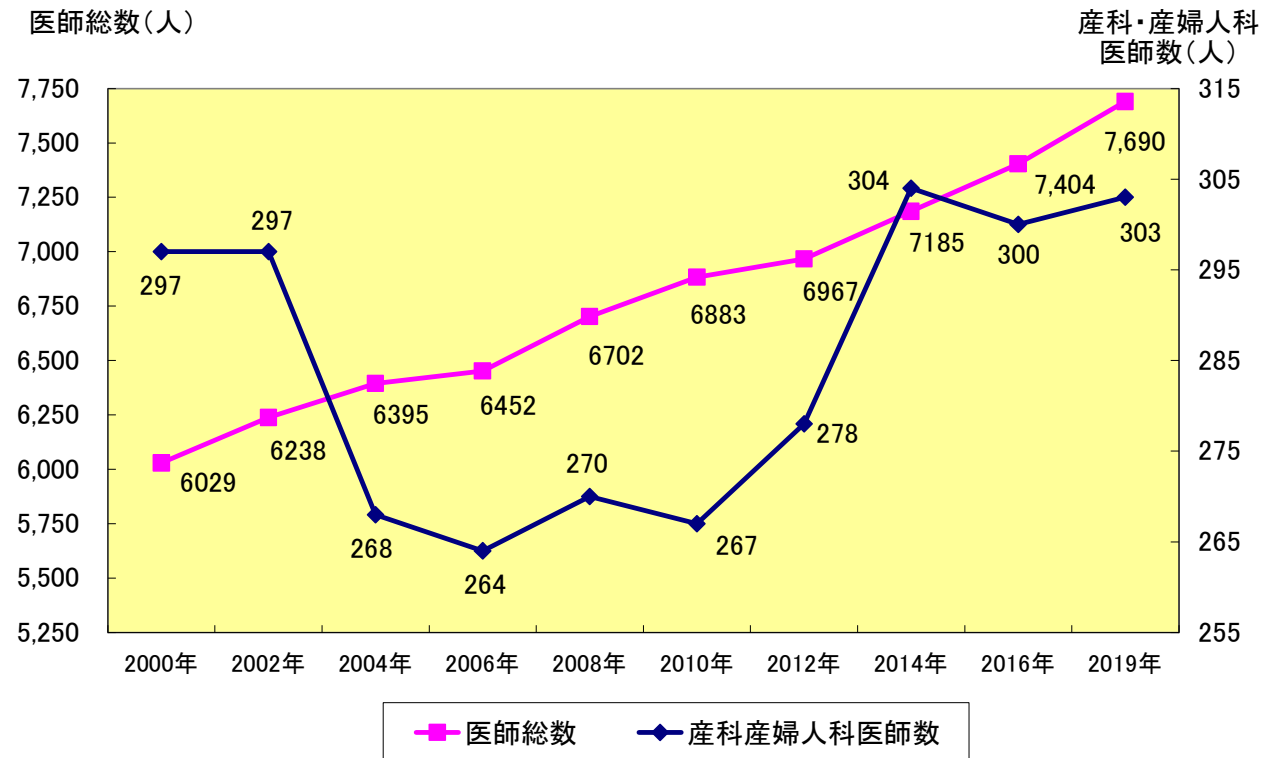
(出典：厚生労働省 医療施設調査)

○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)(2021年4月現在)

地域	圏域	分娩を担う産婦人科医			新生児医療担当医		麻酔科医	助産師	
		病院	診療所	計	新生児専任	小児担当と兼任	病院	病院	診療所
東 部		28	24	52	8	27	20	108	32
	賀 茂	0	1	1	0	0	0	0	0
	熱海伊東	1	3	4	0	2	2	6	1
	駿東田方	18	15	33	8	14	15	66	11
	富 士	9	5	14	0	11	3	36	20
中 部		56	14	70	12	39	36	175	47
	静 岡	43	11	54	12	23	32	126	36
	志太榛原	13	3	16	0	16	4	49	11
西 部		72	17	89	19	52	67	284	56
	中 東 遠	15	7	22	1	16	13	49	23
	西 部	57	10	67	18	36	54	235	33
計		156	55	211	39	118	123	567	135

(本県の医師総数及び産科・産婦人科医師数)



(出典：厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査)

(本県の看護職員・助産師の推移)

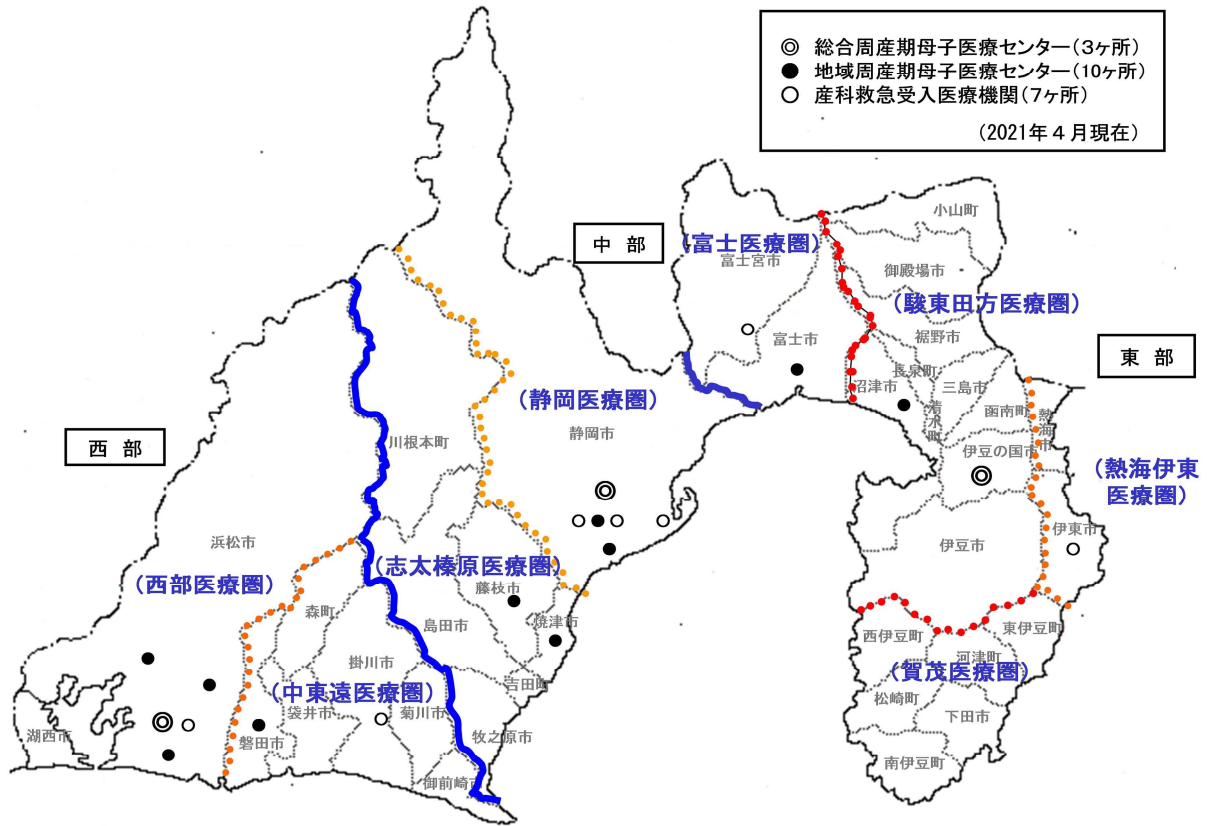
(単位：人)

	2014年	2016年	2018年	2018年/2016年
看護職員	38,643	40,100	42,007	104.8%
うち助産師	952	952	998	104.8%

(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)



◎ 総合周産期母子医療センター(3ヶ所)
 ● 地域周産期母子医療センター(10ヶ所)
 ○ 産科救急受入医療機関(7ヶ所)
 (2021年4月現在)

(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：2020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	71	7	10	3
主たる機能	正常及び軽度異常の妊娠・分娩・新生児の治療管理を実施	ハイリスク母体・胎児を常時受け入れ、母体・胎児を集中管理	ハイリスク母体・胎児及び新生児を常時受け入れ、母体・胎児及び新生児に対する一貫した治療の実施	高度な医療施設とスタッフを備え、常時、ハイリスク母体・胎児及び新生児の受入体制を有し、あらゆる異常妊娠・分娩及び新生児に対する一貫した治療を実施
東 部	病院 2 施設 診療所 17 施設 助産所 5 施設	市立伊東市民病院 富士宮市立病院	沼津市立病院◎ 富士市立中央病院◎	順天堂大学医学部附属静岡病院◎
中 部	診療所 12 施設 助産所 11 施設	静岡市立清水病院 静岡県立総合病院◎ 静岡赤十字病院◎	静岡済生会総合病院◎ 静岡市立静岡病院◎ 焼津市立総合病院 藤枝市立総合病院	静岡県立こども病院
西 部	病院 2 施設 診療所 11 施設 助産所 11 施設	中東遠総合医療センター◎ JA 静岡厚生連遠州病院◎	磐田市立総合病院◎ 浜松医療センター◎ 浜松医科大学医学部附属病院◎ 総合病院聖隷三方原病院◎	総合病院聖隷浜松病院◎

◎: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

(NICU 病床数 : 2021 年 4 月現在)

地 域	2 次医療圏	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	—	<u>222</u>	—
	熱海伊東	—	<u>360</u>	—
	駿東田方	12	<u>4,168</u>	<u>28.8</u>
	富 士	10	<u>2,416</u>	<u>41.4</u>
東部 計		22	<u>7,166</u>	<u>30.7</u>
中 部	静 岡	27	<u>4,398</u>	<u>61.4</u>
	志太榛原	14	<u>2,834</u>	<u>49.4</u>
中部 計		41	<u>7,232</u>	<u>56.7</u>
西 部	中 東 遠	9	<u>3,326</u>	<u>27.1</u>
	西 部	45	<u>5,992</u>	<u>75.1</u>
西部 計		54	<u>9,318</u>	<u>58.0</u>
静岡県 計		117	<u>23,716</u>	<u>49.3</u>

(MFICU、NICU 及び GCU 病床数 : 2021 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	<u>3</u>	<u>26</u>	1	18
中 部	1	6	1	4	4	41	<u>1</u>	<u>6</u>	4	40
西 部	1	15	1	6	6	54	0	0	4	38
計	3	27	2	10	12	117	4	32	9	96

(MFICU 及び NICU の診療報酬加算病床の状況 : 2021 年 4 月現在)

地 域	2 次医療圏	M F I C U		N I C U	
		病床数 (床)	病床利用率 (%)	病床数 (床)	病床利用率 (%)
東 部	順天堂大学医学部附属静岡病院	6	83.9	12	92.5
	富士市立中央病院	—	—	10	27.1
中 部	静岡県立こども病院	6	66.1	18	90.0
	静岡済生会総合病院	—	—	9	88.2
	焼津市立総合病院	—	—	8	78.6
	藤枝市立総合病院	—	—	6	47.3
西 部	総合病院聖隷浜松病院	15	92.0	21	86.8
	磐田市立総合病院	—	—	6	87.7
	中東遠総合医療センター	—	—	3	80.7
	浜松医療センター	—	—	6	72.0
	浜松医科大学医学部附属病院	—	—	9	90.0
	総合病院聖隷三方原病院	—	—	9	18.6
計		27	84.4	117	74.4

(3 次・2 次周産期医療機関の麻酔科医の配置状況 : 2021 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	4	—	—	1	2
2 次 地域周産期 母子医療センター 産科救急受入 医療機関	10	4	7	2	4	3	1
	7	—	5	1	4	1	1
合 計	20	6	16	3	8	5	4

※各病院の配置人数の合計

(本県の災害時小児周産期リエゾン委嘱人数)

地域※	2020 年度 (人)
東 部	3
中 部	8
西 部	5
計	16

※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

【数値目標に対する進捗状況】

項目	策定時	現状値	目標値	進捗状況
乳児死亡率 (出生千人当たり)	1.9 (2015年)	<u>2.0</u> (2020年)	0.7以下	目標に向け施策の推進が必要
乳幼児死亡率 (5歳未満人口千人当たり)	0.53 (2015年)	<u>0.60</u> (2019年)	0.36以下	目標に向け施策の推進が必要
小児の死亡率 (15歳未満人口千人当たり)	0.23 (2015年)	<u>0.23</u> (2019年)	0.17以下	横ばいで推移

(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2020年は出生千人当たり2.0と、全国の1.8より高い水準となっています。本県の2020年の乳児死亡数は46人であり、主な原因は「先天性奇形及び染色体異常」(23人、50%)、「周産期に発生した病態」(10人、21.7%)となっています。
- 本県の15歳未満の死亡率(2019年)は15歳未満人口千人当たり0.23となっており、ほぼ横ばいで推移しています。全国の0.21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(2020年人口動態調査)は2人となっています。内訳は、不慮の溺死・溺水が2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、2017年時点で一般病院は57施設、診療所は468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8.0%減少、診療所は22.6%減少しています。小児科が主たる標榜である診療所数は、ほぼ横ばいで推移しています。

○県内の小児科医の数は2018年時点で423人、小児人口10万人当たりでは92.8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112.4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時に延長して体制を充実してきました。さらに、2015年3月からは、土曜は13時～翌8時、休日は8時～翌8時に時間を延長するとともに、相談が集中する時間帯（18時～23時）の電話回線の数を増やしています。

○1日当たりの相談件数は、2009年度は32.5件でしたが、相談時間の延長や広報啓発の強化により、2020年度は75.0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2021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、3,047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ての診療においては、患児の成長や発達、個々の疾患の状態の変化にあわせた医療が必要であり、小児慢性疾患児が成人期の医療へ円滑に移行できる支援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年度に静岡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

○県内の重症心身障害児は、2015年度に県が実施した調査によると738人（うち在宅障害児619人、入所障害児119人）となっています。

○特別支援学校における医療的ケアが必要な児童生徒数は、192人（2021年）と1998年の16人と比較して大幅に増加しています。

○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、医療的ケアも複数化、高度化しています。

(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、2016年度の142人から2018年度の417人へと増加しており、在宅医療のニーズは増加が見られます。

¹ 医療的ケア児：人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児。2015年5月現在、全国で1.7万人、人工呼吸器児数は3千人と推計されている。

(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。

(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。ただし、清水圏域及び静岡圏域は静岡市内全域で一体化して輪番体制を確保しています。
- 他の地域では、小児科医が常駐していない場合には、小児科医を電話で呼び出すオンコール体制や隣接する地域の当番病院で対応しています。

(第 3 次小児救急医療)

- 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、交付した薬局で相談を受けています。また、県薬剤師会等では、薬の飲み合わせ等の一般的な相談窓口を設けています。

ウ 医療提供体制

(ア) 小児医療

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

(イ) 小児救急電話相談

- 中学生以下の子供を持つ保護者の小児救急電話相談の認知度は、2015 年 6 月の調査では 58.3%

であり、更なる普及啓発が必要です。

- 多い年には年間 40,000 件を超える相談があり、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。
- 小児科医の不足により、小児救急医療体制を維持できる病院が減少しています。
- 小児救急医療において、不慮の事故等による重症患者の救命率を向上させるためには心肺蘇生法等の普及が必要です。
- 小児が関連する不慮の事故を未然に防ぐため、自己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) 医療的ケア児等に対する療養・療育支援

- 小児慢性疾患児が住み慣れた地域で療養・療育できるよう支援する機能が必要です。
- 医療的ケア児等が住み慣れた地域で安心して暮らすためには、医師等の医療従事者に対する研修や医療的ケア児の在宅支援を担う人材の養成及び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確保が必要です。

- 2021年9月18日に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施行され、学校の設置者等が医療的ケア児に対し適切な支援を行う責務を有するとされたほか、都道府県知事が医療的ケア児支援センターを設置等できるとされています。

(オ) 災害時における小児医療

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

(2) 対策

ア 数値目標

	項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
継続	乳児死亡率 (出生千人当たり)	2.0 (2020年)	0.7 以下	全国1位と同水準に設定。 計画策定時(2015年)実績 で目標値据置	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)	0.60 (2019年)	0.22 以下	全国1位と同水準に設定。 計画策定時(2015年)より 直近実績(2019年)に改善 が見られるため、目標値を 修正	厚生労働省「人 口動態統計」・総 務省「人口推計」 より算出
	小児の死亡率 (15歳未満人口千人当たり)	0.23 (2019年)	0.11 以下	全国1位と同水準に設定。 計画策定時(2015年)より 直近実績(2019年)に改善 が見られるため、目標値を 修正	厚生労働省「人 口動態統計」・総 務省「人口推計」 より算出

イ 施策の方向性

(ア) 小児医療

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

(イ) 小児救急電話相談

- 一般的な子育ての相談窓口と併せて紹介する等、効果的な広報を行い、認知度の向上を図ります。
- より多くの相談に対応できるよう、相談件数の推移等、運営状況を観察し、委託業者との情報共有や協議を行うことで、相談体制の更なる充実を図ります。

(ウ) 小児救急医療

- 市町や地域の医師会と連携して、初期小児救急医療体制の整備・充実を進めます。地域の実情に応じて、在宅当番医制から急患センター方式への転換や、急患センターの既存施設の建替えや機能拡充を図り、持続可能な体制確保に向けた取組を進めます。

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

(エ) **医療的ケア児等に対する療養・療育支援**

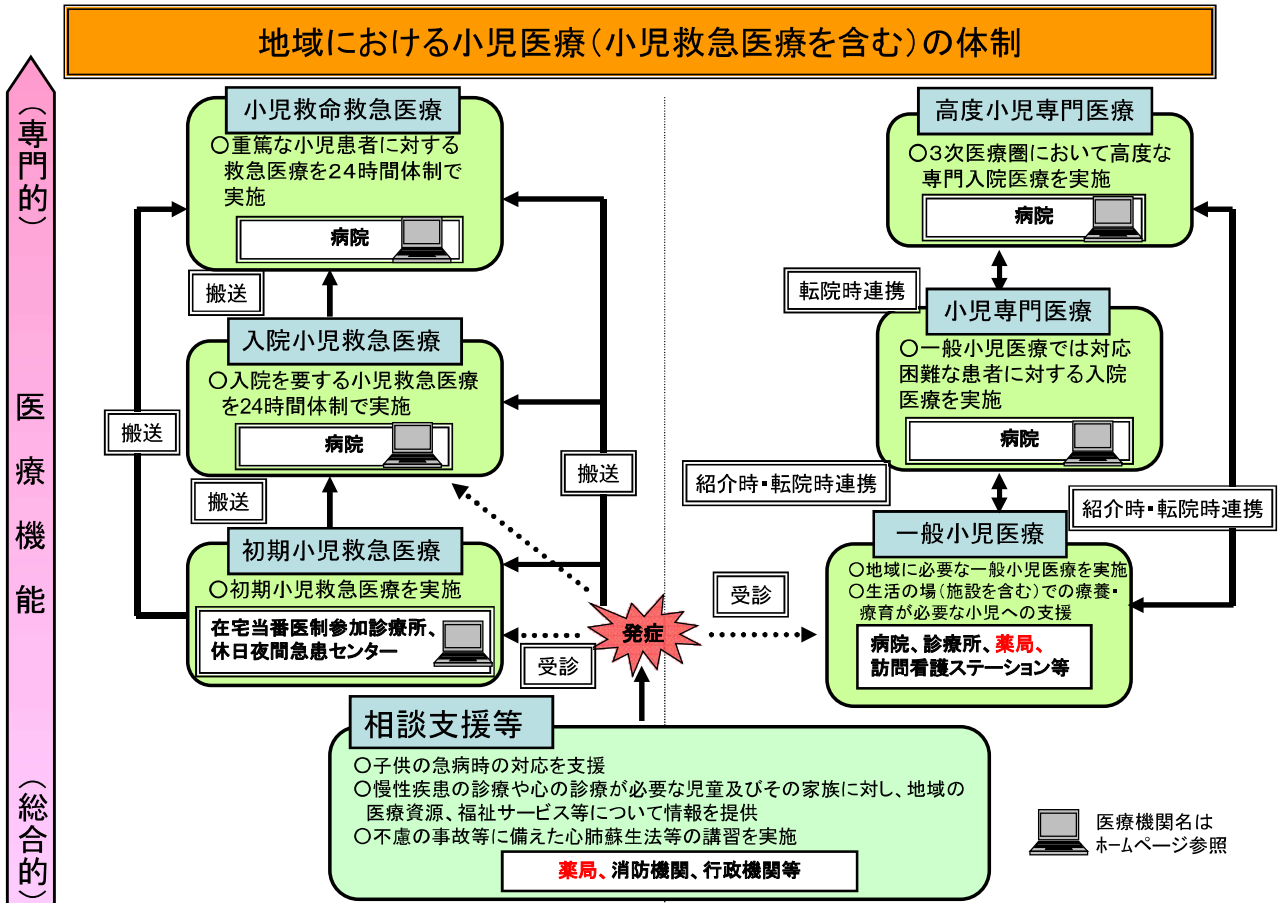
- 重症心身障害児が受診できる身近な診療所（2021年3月時点 93診療所）について、県ホームページで公開し、情報提供することで、当事者家族等が医療を受けやすい環境を整えています。
- 医療的ケア児等が適切な医療・福祉サービスが受けられるよう、医療及び福祉・介護等のエキスパートの養成や、「静岡県重症心身障害児(者)在宅支援推進連絡調整会議」により、医療、福祉、行政、親の会等関係機関相互の連携を一層充実します。
- 医療的ケア児等が住み慣れた地域において安心して地域生活を過ごせるよう、医療機関による短期入所サービスの提供等在宅支援サービスの充実を図ります。
- 人工呼吸器を装用する児童生徒の保護者付添いの負担を軽減するため検討会を設置し、体制の整備を図ります。
- 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。

(オ) **災害時における小児医療**

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

小児医療(小児救急医療を含む。)の体制に求められる医療機能

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



関連図表

○指標による現状把握

指標 指標の項目	時点	実績		出典
		静岡県	全国	
一般小児医療を担う診療所数 (小児人口10万対)	2017	30.0	33.9	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)	2017	12.3	16.2	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)	2017	38.5	44.1	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)	2017	62.0	65.5	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)	2017	193.1	269.9	厚生労働省 「医療施設調査」
乳児死亡率 (1歳未満 出生千対)	2020	2.0	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)	2019	0.60	0.49	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)	2019	0.23	0.21	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	9.0	5.2	2.7	1.7	0.5	2.1	3.1	2.8	2.3	1.9
5歳未満の 死亡率	1.60	0.95	0.52	0.65	0.37	0.49	0.57	0.83	0.60	0.49
15歳未満の 死亡率	0.40	0.25	0.18	0.19	0.19	0.21	0.22	0.32	0.23	0.21

(出典：2019年人口動態調査(厚生労働省)、静岡県年齢別人口推計統計(静岡県))

○乳児死亡率、死亡数の推移

指標	1999	2002	2005	2008	2011	2014	2018	2019	2020
乳児死亡率	3.1	2.7	3.1	2.4	2.2	2.1	2.0	2.3	2.0
全国平均	3.4	3.0	2.8	2.6	2.3	2.1	1.9	1.9	1.8
15歳未満死亡数	204	188	177	144	125	109	89	103	103
1歳未満	111	94	99	80	70	61	50	55	46
1-4歳	53	44	41	35	28	22	15	26	11
5-9歳	29	26	19	14	10	14	10	11	15
10-14歳	11	24	18	15	17	12	14	11	17

(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	1999	2002	2005	2008	2011	2014	2017
静岡県	病院	67	62	61	57	58	57
	診療所	624	605	598	531	464	491
	小児科が 主たる標榜*	155	161	156	157	153	152
全国	病院	3,528	3,359	3,154	2,905	2,745	2,612
	診療所	26,788	25,862	25,318	22,503	19,994	19,647
	小児科が 主たる標榜*	5,149	5,276	5,481	5,411	5,381	5,471

※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	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
医師総数	5,761	6,029	6,238	6,395	6,452	6,702	6,883	6,967	7,185	7,404	7,690
小児科医 ^{※1}	395	403	422	434	414	459	473	423	476	405	423
病院	215	212	220	228	221	268	278	247	222	289	237
診療所	180	191	202	206	193	191	195	176	183	187	186
小児10万人当たり 小児科医数	68.8	70.8	77.0	82.2	78.1	88.9	92.5	84.4	97.5	85.8	92.8
小児科専門医 ^{※2}	—	—	—	—	—	—	313	302	349	356	382

※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	57	<u>3</u>	3	<u>12</u>	<u>4</u>	13	5	5	<u>12</u>
小児人口10万対	<u>11.9</u>	<u>50.6</u>	<u>32.5</u>	<u>14.2</u>	<u>7.8</u>	<u>15.3</u>	<u>8.2</u>	<u>7.3</u>	<u>10.3</u>
一般小児医療を担う診療所数	<u>144</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>25</u>	<u>17</u>	<u>29</u>	<u>17</u>	<u>18</u>	<u>34</u>
小児人口10万対	<u>30.0</u>	<u>33.8</u>	<u>21.6</u>	<u>29.6</u>	<u>33.1</u>	<u>34.0</u>	<u>28.0</u>	<u>26.3</u>	<u>29.1</u>
小児医療に係る病院勤務医数	<u>297.8</u>	<u>2.3</u>	<u>6.7</u>	<u>35.6</u>	<u>15.5</u>	<u>114.4</u>	<u>23.1</u>	<u>21.4</u>	<u>78.8</u>
小児人口10万対	<u>62.0</u>	<u>38.8</u>	<u>72.5</u>	<u>42.2</u>	<u>30.2</u>	<u>134.3</u>	<u>38.0</u>	<u>31.3</u>	<u>67.4</u>
小児科標榜診療所勤務医数	<u>184.6</u>	<u>1.1</u>	<u>2</u>	<u>36.3</u>	<u>21.5</u>	<u>33.6</u>	<u>21.2</u>	<u>19.1</u>	<u>49.8</u>
小児人口10万対	<u>38.5</u>	<u>18.6</u>	<u>21.6</u>	<u>43.0</u>	<u>41.9</u>	<u>39.4</u>	<u>34.9</u>	<u>28.0</u>	<u>42.6</u>

(出典：2017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		<u>2</u>	
駿東田方		<u>3</u>	
富士		2	
静岡		5	
志太榛原		2	
中東遠		3	
西部		8	
計		25	

○小児救急医療体制を担う医療機関数等

2次救急医療圏名	初期小児救急医療		入院小児救急医療	小児救命救急医療	
	休日夜間急患センター	在宅当番医(地区数)		(高度)救命救急センター	小児救命救急センター
賀茂	—	2	1	2	1
熱海	—	—	1		
伊東	1	1	1		
駿豆	※(2) 3	3	<u>2</u>		
御殿場	1	—	—		
富士	※(2) 2	—	2		
清水	—	2	2	4	
静岡	1	1	5		
志太榛原	※(1) 2	4	3		
中東遠	3	2	3	5	
北遠	1	—	—		
西遠	※(1) 1	5	7		
計	※(6) 15	20	<u>27</u>	12	

※ () 内の数字は、翌朝まで診療している休日夜間急患センター数(内数)

○本県の災害時小児周産期リエゾン委嘱人数

地域※	2020年度(人)
東 部	<u>3</u>
中 部	<u>8</u>
西 部	<u>5</u>
計	<u>16</u>

※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

○小児の訪問診療を受けた患者数(人)

区 分	2016年	2017年	2018年	2019年
患者数	<u>142</u>	<u>202</u>	<u>417</u>	<u>206</u>

第8章 医療従事者の確保

第1節 医師

【対策のポイント】

- 県内医療施設に従事する医師数の増加
- 地域間・診療科間の偏在解消
- 医師の県内定着の促進

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
県内医療施設従事医師数	7,690人 (2018年12月)	8,274人 (2025年度)	医師確保計画に掲げる「目標医師数」の2025年度時点の推計	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」
医学修学研修資金利用者数	1,308人 (2020年度)	1,846人 (2025年度)	2016年度～2020年度の平均利用者数(108人)を継続	県地域医療課調査
医学修学研修資金貸与者の 県内医療機関勤務者数	522人 (2020年度)	845人 (2025年度)	2016年度～2020年度の平均増加者数(65人)を継続	県地域医療課調査

(1) 現状

ア 医師数の状況

○2018年12月末における本県の医師数は7,690人で、2年間で286人(3.9%)、8年間で807人(11.7%)増加しています。(図表8-1)

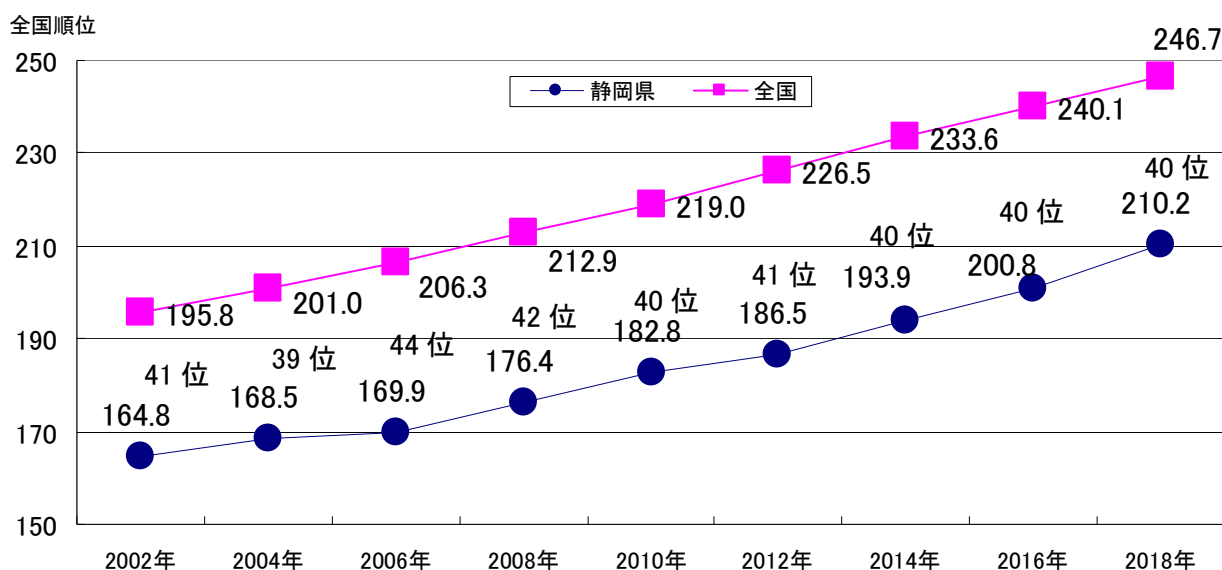
○人口10万人当たりの医療施設(病院及び診療所)に従事する医師数(2018年12月)は210.2人で、多い方から40位ですが、2年間で9.4人増加しています。(図表8-2)

図表 8-1 医師数の状況（医療施設従事医師数）（単位：人）

年 圏域	2010	2012	2014	2016	2018	2018-2016	2018-2010
県計	6,883	6,967	7,185	7,404	7,690	+286	+807
賀茂	89	95	99	97	98	+1	+9
熱海伊東	244	236	255	222	231	+9	△13
駿東田方	1,345	1,326	1,386	1,425	1,467	+42	+122
富士	517	508	529	555	555	±0	+38
静岡	1,514	1,496	1,532	1,611	1,675	+64	+161
志太榛原	629	687	718	716	751	+35	+122
中東遠	581	605	621	681	696	+15	+115
西部	1,964	2,014	2,045	2,097	2,217	+120	+253

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（2016年以前は「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

図表 8-2 人口10万人対医療施設従事医師数の推移（単位：人）



イ 医学修学研修資金の状況

- 医師免許取得後に、県内病院への就業を促進し県内における医師の充足を図るため、2007年度から県内外の医学生等に、毎年120人規模で修学研修資金を貸与しています。
- 医学修学研修資金の被貸与者は2007年度からの累計で1,400人を超え（2021年9月末現在）、県内勤務者数も年々増加しています。（図表8-3、8-4、8-5、8-6）

図表 8-3 医学修学研修資金貸与制度

区 分	内 容
貸 与 額	月額 20 万円（原則 6 年間）
返還免除勤務期間	臨床研修修了後、貸与期間の 1.5 倍の期間 ※履行期限：大学卒業後、貸与期間の 2 倍の期間に 4 年を加えた期間
勤 務 医 療 機 関	県内の公的医療機関等のうち県が指定する医療機関
診 療 科 の 指 定	なし

図表 8-4 医学修学研修資金の貸与実績 (単位：人)

区分	年度	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	合計
新規被貸与者		17	20	130	95	92	100	97	107	112	98	105	115	120	100	1,308

図表 8-5 医学修学研修資金を利用した県内勤務医師数（4月1日時点） (単位：人)

区分	年	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
返 還 免 除 勤 務		1	3	16	31	62	75	100	120	126	162	212	232
猶 予		0	1	3	5	5	10	11	19	35	35	45	72
免 除 後 県 内 勤 務		0	0	2	9	19	35	45	55	66	86	104	137
臨床研修		17	43	71	83	64	79	99	109	138	178	161	137
計		18	47	92	128	150	199	255	303	365	461	522	578

※猶予：返還免除のため勤務対象施設以外の県内医療機関に勤務中の者
 ※免除後県内勤務：返還免除を受けるために必要な期間の勤務を終えた者のうち、県内で勤務している者

図表 8-6 医学修学研修資金を利用した勤務医師数（地域別、4月1日時点） (単位：人)

地域	年	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
東 部		1	2	6	10	16	22	28	40	48	61	60	60
中 部		6	18	38	58	64	85	107	108	135	173	174	174
西 部		11	27	48	60	70	92	120	155	182	227	227	227
計		18	47	92	128	150	199	255	303	365	461	461	461

※猶予及び免除後県内勤務を含む

ウ 本県の医師養成数

○県内唯一の医育機関である浜松医科大学医学部医学科の入学定員は、100人から2009年度に110人に、2010年度から120人に増員されています。

○2019年度の浜松医科大学医学部医学科の卒業生のうち、県内で臨床研修を行う者は78人で、2017年度以降は70人を超えています。(図表8-7)

図表 8-7 浜松医科大学医学部医学科卒業生の状況

(単位：人)

区分 \ 年度	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
就職者	100	87	99	104	114	114	115	119名	122名
うち県内就職者	52	56	53	64	59	66	72	77名	78名
県内就職率	52.0%	64.4%	53.5%	61.5%	51.8%	57.9%	62.6%	64.7%	63.9%

提供：浜松医科大学（出典：浜松医科大学 NEWSLETTER）

○2015年度に初めて設置した、本県の地域医療に従事することを条件とする県外大学の地域枠は、全国最大規模となる8大学47枠まで拡大し、出身地にかかわらず広く本県に勤務する医師を養成しています。（図表8-8）

図表 8-8 県外地域枠の状況

(単位：人（入学者／地域枠数))

区分 \ 大学名	2021年の枠数	入学者数								計
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
近畿大学	10*	2/5	0/5	1/5	1/5	5/5	5/5	10/10	24/40	
川崎医科大学	10*	5/5	5/5	8/10	8/10	10/10	10/10	10/10	56/60	
帝京大学	2	—	2/2	2/2	1/2	2/2	2/2	2/2	11/12	
日本医科大学	4*	—	1/1	1/1	4/4	4/4	4/4	4/4	18/18	
東海大学	3	—	1/3	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3	16/18	
順天堂大学	5	—	—	0/5	2/5	5/5	5/5	5/5	17/25	
関西医科大学	8*	—	—	—	5/5	5/5	8/8	8/8	26/26	
浜松医科大学	15	—	—	—	—	—	15/15	15/15	30/30	
昭和大学	5	—	—	—	—	—	—	5/5	5/5	
計	62	7/10	9/16	15/26	24/34	34/34	52/52	62/62	203/234	

※近畿大学 2015～2020 認可 5名、2021～認可 10名

川崎医科大学 2015～2016 認可 5名、2017～認可 10名

日本医科大学 2016～2017 認可 1名、2018～認可 4名

関西医科大学 2018～2019 認可 5名、2020～認可 8名

エ 臨床研修医の状況

○臨床研修を開始する医学生等と臨床研修病院との相互選抜（マッチング）において、臨床研修開始予定者（マッチ者）数は、研修環境の整備など各病院における取組や医学修学研修資金の貸与を受けた卒業生の増加に伴い、着実に増加しています。

○2020年度のマッチ者は242人で前年度よりも減少しており、圏域ごとのマッチ率に差が出ています。（図表8-9）

図表 8-9 臨床研修医の状況

(単位：人)

区分 圏域	研修施設数	2020年			2021年*		
		定員	マッチ者数	マッチ率	定員	マッチ者数	マッチ率
県計	24	292	262	89.7%	299	242	80.9%
賀茂	0	-	-	-	-	-	-
熱海伊東	2	15	15	100.0%	16	15	93.7%
駿東田方	3	46	40	87.0%	46	35	76.0%
富士	2	11	10	90.9%	10	10	100.0%
静岡	5	64	56	87.5%	68	63	92.6%
志太榛原	3	32	31	96.9%	32	32	100.0%
中東遠	2	27	27	100.0%	27	22	100.0%
西部	7	97	83	85.6%	100	65	65.0%

※：勤務開始年度

オ 「新専門医制度」の状況

- 2018年度からスタートした「新専門医制度」において、専門医研修プログラム設置数は、73（2018年度）→76（2019年度）→79（2020年度）と年々増加しています。（図表8-10）
- 制度開始1年目は、専門医資格取得を目指す専攻医が大病院の集まる東京など大都市圏に集中する傾向が顕著となりましたが、2019年度には、本県の専攻医数は増加しています。
- 産婦人科及び小児科の専門医研修プログラムについて、本県では基幹となる医療機関の所在地に偏りが見られます。

図表 8-10 専門医研修プログラム数の推移

2019年度	2020年度	2021年度
76	79	89

カ 医療施設に従事する女性医師の状況

- 医療施設に従事する女性医師数は、1,362人と12年前と比較して49.3%増加しており、女性医師の構成比も14.2%から17.7%へ3.5ポイント上昇し（図表8-11）、特に若い世代において女性医師の割合が高くなっています。（図表8-12）。

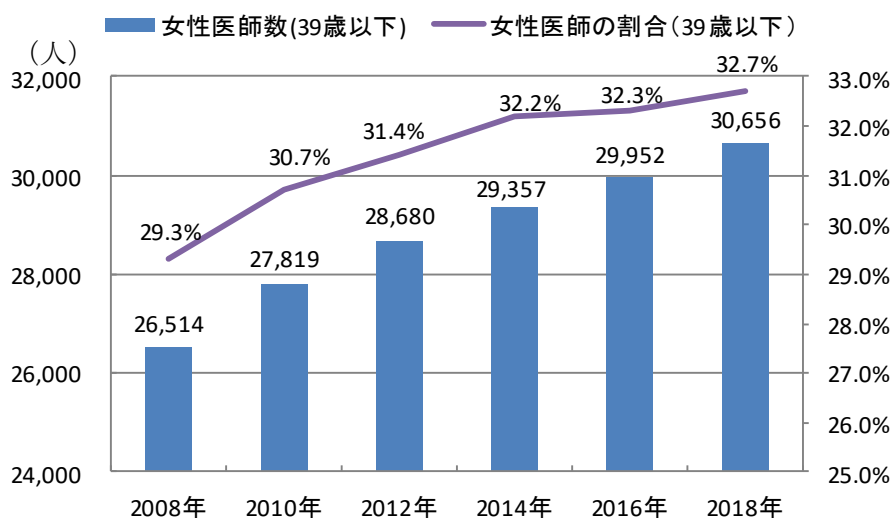
図表 8-11 医療施設従事医師数（女性医師の構成比）

(単位：人)

区分		年	2006年	2018年	増加率等
静岡県	女性医師		913	1,362	49.3%
	男性医師		5,539	6,328	14.2%
	女性医師の構成比		14.2%	17.7%	3.5ポイント
全国	女性医師		45,222	68,296	51.0%
	男性医師		218,318	243,667	11.6%
	女性医師の構成比		17.2%	21.9%	4.7ポイント

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（2016年以前は「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

図表 8-12 医療施設従事医師数



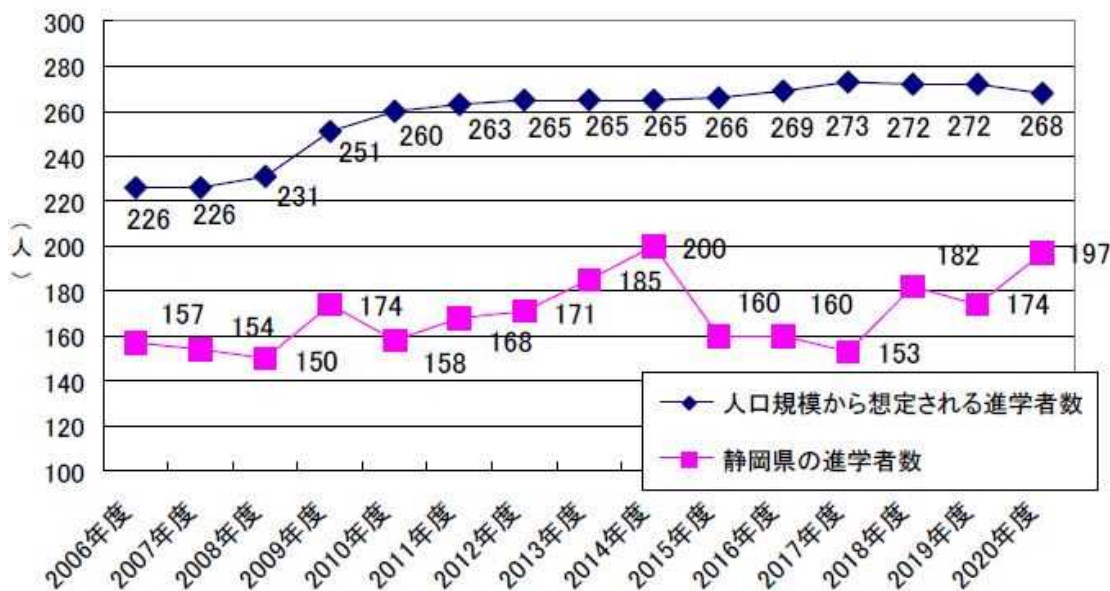
出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（2016年以前は「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

キ 医学部医学科に進学する本県の学生

- 本県の高校卒業生（新卒及び既卒）の医学部医学科への進学者数は、近年、150人から200人の間で推移しています。（図表8-13）
- 全国の医学部医学科の定員数を、静岡県の人口で按分した場合の進学者数は、2020年度では、268人※となりますが、実際の進学者数は大幅に下回っており、進学者数を増やすことが、将来の医師確保につながります。

※全国医学部定員数 9,330人 × (静岡県推計人口 3,618千人 ÷ 全国推計人口 125,708千人)
 ≒ 268人 (10月1日推計人口)

図表 8-13 本県高校出身の医学部医学科進学者数 (単位：人)



資料：「高等学校等卒業生の卒業後の状況調査」・静岡県教育委員会事務局

ク 医師の働き方改革

○2021年5月の医療法等の改正により、2024年4月1日の医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始に向け、勤務する医師が長時間労働となる医療機関において医師労働時間短縮計画の策定等の措置を講じることとされました。また、各医療専門職種の専門性の活用を進めるため、各職種の業務範囲の拡大等を行うこととされました。

<改正医療法等の概要>

医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始（2024年4月1日）に向け次の措置を講じる。

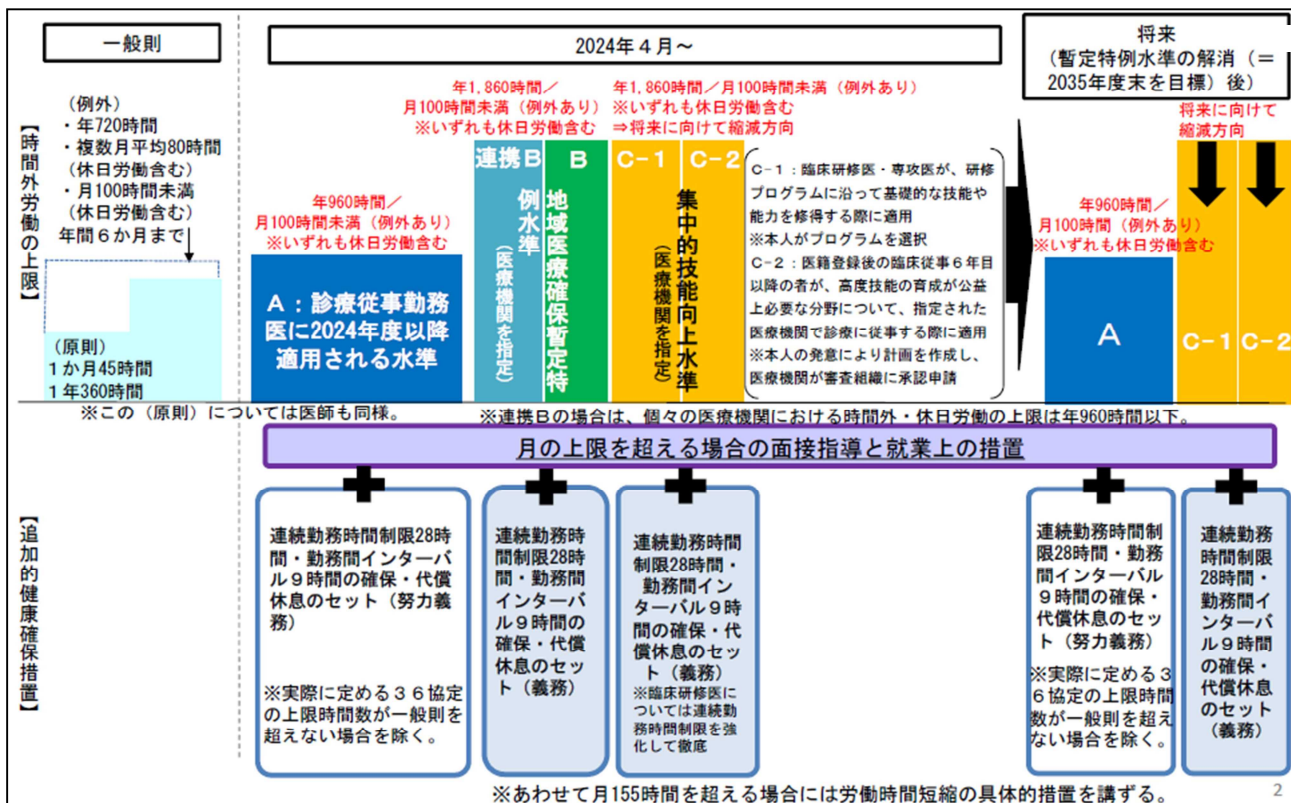
- ・勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の策定
- ・地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
- ・当該医療機関における健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施 等

タスクシフト／シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。（診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律等）

<医師労働時間上限規制の概要>

- ・時間外労働時間の上限は、年960時間／月100時間未満
- ・地域医療提供体制の確保のため、医療技能の向上のためにやむを得ず長時間労働する医師に対し、例外的な水準を設定
- ・医師労働時間短縮計画の策定、評価機能による計画及び労働時間短縮の取組の評価、これを踏まえた県による指定を経て、各水準が適用される
- ・労働時間上限規制に加え、連続勤務時間制限、勤務間インターバルなどの追加的措置により医師の健康確保に取り組む

図表 8-14 医師の時間外労働規制①



資料:「医師の働き方改革に関する検討会 中間とりまとめ参考資料」(令和2年12月22日)

図表 8-15 医師の時間外労働規制②

区分	規制の概要		都道府県の指定要件の概要
A水準	診療従事勤務医に 2024年度以降適 用される水準	年960時間／月100時 間未満（例外あり） ※休日労働含む	—
B水準	地域医療提供体制 の確保の観点から やむを得ずA水準 を越えざるを得な い場合の水準	年1,860時間／月100 時間未満（例外あり） ※休日労働含む	三次救急医療機関、二次救急医療機関 かつ 「年間救急車受入台数1,000台以上又は年間での夜間・休日・時間外入院件数500件以上」 かつ 「医療計画において5疾病5事業の確保のために必要な役割を担うと位置付けられた医療機関」 等
連携B水準			医師の派遣を通じて、地域の医療提供体制を確保するために必要な役割を担う医療機関 等
C-1水準	一定の期間集中的 に技能向上のため の診療を必要とす る医師のための水 準		都道府県知事により指定された臨床研修プログラム又は日本専門医機構により認定された専門研修プログラム／カリキュラムの研修機関 等
C-2水準			対象分野における医師の育成が可能 等

資料：「医師の働き方改革に関する検討会 中間とりまとめ」（令和2年12月22日）から抜粋

- B、連携B、C-1、C-2水準の指定を受けることを予定している場合は、当該指定申請にあたり、評価機能による評価を受審する前までに2024年4月以降の医師労働時間短縮計画の案を作成することが必要です。また、A水準超の時間外・休日労働を行う医師が勤務する医療機関は、A水準を予定している場合であっても2023年3月末までに医師労働時間短縮計画を作成することが努力義務とされており、期限までに確実に医師の時間外・休日労働を短縮することが必要です。
- 令和3年9月30日付け医政発0930第16号厚生労働省医政局長通知において、医師の時間外労働の上限規制が適用される2024年4月に向けて、現行制度の下で医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト／シェアが可能な業務の具体例やタスク・シフト／シェアを推進するにあたっての留意点等が整理されており、各医療機関はこれを踏まえて取組を早急に進めることが求められています。

ケ 医師少数区域・医師多数区域の設定

- 国が地域ごとの医師の多寡を全国ベースで客観的に比較・評価可能な指標として令和元年度に公表した「医師偏在指標」に基づく本県の医師少数区域・医師多数区域については、図表8-16のとおりです。（図表8-16）
- 産科については、医師偏在指標上、県及び産科医療圏ともに「相対的医師少数県（区域）ではない」と位置付けられていますが、分娩を取り扱う医療機関は横ばいとなっています。（図表8-17、図表8-18）

○小児科医について、県全体で「相対的医師少数県」と位置付けられており、小児医療圏においても医療圏ごとの偏在が大きくなっています。（図表8-17）

図表8-16 本県の医師偏在指標の状況

区分	分類	医師偏在指標	順位
県	医師少数県	194.5	39位／47都道府県
西部	医師多数区域	239.1	67位 [※]
静岡		213.6	89位 [※]
駿東田方	中位区域	188.0	137位 [※]
熱海伊東		178.4	165位 [※]
志太榛原		167.4	204位 [※]
中東遠	医師少数区域	160.8	227位 [※]
富士		150.4	261位 [※]
賀茂		127.5	314位 [※]
全国平均	—	239.8	—

図表8-17 相対的医師少数^{※1}県（区域）の設定

<産科>

地域	区分	分類	医師偏在指標 <産科>	順位
県		相対的医師少数県でない	12.6	19位／47都道府県
	中部	相対的医師少数区域でない	15.0	61位 ^{※2}
	西部	相対的医師少数区域でない	12.6	99位 ^{※2}
	東部	相対的医師少数区域でない	10.9	137位 ^{※2}

※1：産科・小児科の医師偏在指標の値を全国で比較し、指標が下位33.3%に該当する医療圏を「相対的医師少数都道府県（区域）」と設定

※2：全284周産期医療圏における順位

<小児科>

地域	区分	分類	医師偏在指標 <小児科>	順位
県		相対的医師少数県	84.2	45位／47都道府県
	熱海伊東	相対的医師少数区域でない	116.2	77位
	賀茂	相対的医師少数区域でない	111.6	93位
	志太榛原	相対的医師少数区域でない	93.7	173位
	駿東田方	相対的医師少数区域でない	88.5	191位
	静岡	相対的医師少数区域でない	86.7	199位
	西部	相対的医師少数区域	85.0	210位
	富士	相対的医師少数区域	74.2	245位
	中東遠	相対的医師少数区域	60.1	289位

図表 8-18 分娩取扱施設数の推移

	1995	2012	2013	2014	2015	2016
病 院	39	26	27	28	27	26
診 療 所	85	47	47	48	45	46
計	124	73	74	76	72	72

出典：厚生労働省「医療施設調査」

コ 医師少数スポット

○医師少数区域以外の地域で、局所的に医師が少ない地域を「医師少数スポット」として定め、医師少数区域と同様に取り扱うことができるものとされています。現在は、医師少数スポットは設定していませんが、医療提供が難しい状況になるなど環境の変化があった場合には、その地域の医療提供体制の確保に努めることとしています。

（2）課題

- 本県の医師数は全体として増加傾向にありますが、人口 10 万人当たり医師数が全国平均を大幅に下回っており、医師の絶対数を増加させる必要があります。また、医療資源が乏しい中山間地域等においては、診療所医師の高齢化が進んでおり、積極的な対応が必要です。更に、医師数の状況には二次医療圏ごとに偏りがあることから、この偏在を解消し、充実した医療体制の確保を図る必要があります。
- 県内の医育機関は浜松医科大学 1 校のみであることから、県と大学が連携し、医師の県内定着や偏在解消に向けた取組を強化する必要があります。
- 臨床研修医は、定員数が増加傾向にある一方、マッチ者数が減少しており、マッチ者数の回復・増加に向け、研修体制の充実を図る必要があります。
- 医師が不足する本県にとって、専攻医の確保は引き続き大きな課題となっており、プログラムの設置状況及び専攻医の登録状況には、地域別・診療科別に偏りも見られます。受け皿となるプログラムを数・質ともに充実させることが必要です。
- 本県においては、医師確保の方策について調整を行ってもなお、医師の確保が困難な地域があり、当該地域の医療体制を確保する必要があります。
- 出産や子育てなどにより、一時的に勤務を離れる女性医師が職場に復帰しやすくなるよう、働きやすい環境をつくり、今後の女性医師の活躍を推進していく必要があります。
- 将来的に出身地である本県で勤務することが期待されることから、県内で従事する医師を増加させるためには、医学部医学科に進学する県内の高校生を増やすことが必要です。
- 医師の労働時間短縮を着実に進めるためには、医療関係職種の業務を見直し、医師の業務のタスクシフトやタスクシェアを推進することが必要です。
- 医師の働き方改革の実現には、労働時間の上限規制に加え、地域医療構想、医師の確保・偏在対策の推進、医療を受ける県民の理解に基づく上手な医療のかかり方の促進が必要です。
- 産科・小児科については、引き続き産科医、小児科医の確保が必要な状況にあります。また、受け皿

となるプログラムを数・質ともに充実させることが必要です。また、成長過程における切れ目のない医療を提供し、政策医療としての母児の安全性確保をはじめ、適切な母子保健及び学校保健を進めるためにも、医師の確保と偏在解消に向けた取組が必要です。

（3）対策

- 本県は医師少数県に位置付けられており、医師数の増加を基本方針とし、医師多数都道府県等からの医師確保に取り組みます。
- 二次医療圏においては、医師少数区域（医師少数スポットを含む）では医師少数区域以外からの医師確保に取り組むとともに、中位区域及び医師多数区域においても、本県が医師少数県であることを踏まえ、現在の水準以上の医師確保に取り組みます。
- 浜松医科大学、静岡県医師会、静岡県病院協会、その他関係団体との連携を図りながら、本県の目標医師数を達成するための施策について随時検討を進め、必要な対策を実施します。
- 小児科については「相対的医師少数県」と位置付けられ、地域における医師偏在も大きいことから、働き方改革を踏まえ、産科・小児科医療の持続的かつ効率的な提供体制について検討を進めます。

【目標医師数】

- 現在の医師偏在指標の下位 1/3 である医師少数県や医師少数区域を脱する数値として国が示した数値を、本県が最低限達成すべき「目標医師数」として設定します。
- 国で進められている診療科別の医師偏在の検討状況を踏まえつつ、今後、本県における診療科の偏在についても検討します。

区分 \ 地域	静岡県	賀茂圏域	富士圏域
目標医師数	275人	4人	10人

ア 医学修学研修資金制度

- 被貸与者のキャリア形成支援等により、返還免除勤務終了後の県内定着をより一層促進します。
- 令和2年度以降、大学在学中に貸与を行う者については、6年間の貸与を原則化しており、県による勤務先調整が可能な者（専門研修終了後の勤務者）の確保につなげております。また、臨床研修期間についても返還免除勤務対象期間に加えることにより、早期からの県内居住による定着を促進しています。
- 静岡県医学修学研修資金の貸与資格者に、産科・小児科等の専攻医も含まれていることを周知することで、本県に必要な診療科へ誘導を図ります。

イ 地域枠医師の確保

- 地域枠は、都道府県間の医師偏在を是正する機能があることから、引き続き地域枠の維持に努めます。
- 国は、令和5年度以降の医師養成数については「日本全体としての臨時定員を含む医学部総定員は減員する」、「地域の実情に応じて設置、増員を進めていく」としていることから、引き続き状況を注視していきます。

ウ キャリア形成プログラム

- 各都道府県は、「医師少数区域における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を目的にキャリア形成プログラムを定めることとなりました。
- 本県においては、サブスペシャリティ領域の専門研修まで行う「①専門コース」、基本領域までの専門医資格取得を目指す「②基本コース」、より地域に密着した医療への従事を目指す「③地域密着型コース」の3類型を基本に、病院別・診療科別の個別具体的なプログラムを策定します。
- 県内への定着を促進する観点から、キャリア形成プログラムの適用を受ける者は、臨床研修は県内病院で行うとともに、専門研修は県内病院が基幹研修病院となるプログラムにて実施します。

エ 医師少数スポットの設定

- 本県においては、浜松市天竜区を医師少数区域と同様に扱うことができる医師少数スポットに設定します。
- 設定にあたっては、「当該地域において、医師確保の方策について調整を行ってもなお、医師の確保が困難な場合」であって、以下の指標の内、①～④について、県内の医師少数区域の中で、医師偏在指標の順位が一番高い二次医療圏の値を下回る範囲（市町単位。政令市は区単位）、かつ、⑤において「30分以上」要する場合を目安とし、総合的に勘案し設定します。

（指標）

- ① 人口10万人あたり医師数
- ② 100km²あたり医療機関数
- ③ 1km²あたり病床数
- ④ 人口10万人あたり看護師数
- ⑤ 市町に立地する二次救急病院から近隣二次救急病院までのアクセス

オ 専攻医の確保・定着促進策の推進

- 専攻医を確保するには、魅力ある専門医研修プログラムの整備が必要であることから、新たに指導医を招聘し研修環境の充実を図る病院や既存の指導医の指導環境の整備に取り組む病院を支援します。
- 専攻医募集において、募集定員に上限（シーリング）が設定されている都道府県に立地する医科大学から、県内医療機関への専攻医受入れにつながるよう、専攻医数に偏りがある診療科を中心に各医科大学等への働きかけを実施します。
- 病院の垣根を越えて、専攻医が臨床研修医等の若手医師を指導する機会をつくり、研修に参加した臨床研修医が専攻医となり、次の臨床研修医を指導するような育成の仕組みを築くなど、専攻医の安定した確保を促進します。
- 2020年度以降、県外大学出身の地域枠学生が順次6年生となることから、県内で安心して臨床研修が始められるよう、地域枠設置大学と協議を行い、低学年のうちから地域医療について学ぶ機会を設けるほか、病院見学や病院実習など臨床研修への移行支援に取り組みます。
- 臨床研修医に対する積極的な研修機会の確保、関係構築の場の提供を目的として、地域別の研修に加え、小児科・産婦人科等の診療科別の研修の実施を支援し、専攻医の確保を促進します。

カ 寄附講座

- 浜松医科大学と連携し、必要に応じて見直しを行いながら、寄附講座を実施します。
〔寄附講座（2021.3.31現在）〕

- ・「児童青年期精神医学講座設置事業」
児童青年期精神医学の診療能力を有する医師の養成等を行うとともに、養成された医師の県内定着による、児童精神科医療の地域偏在の解消を図ります。
- ・「地域周産期医療学寄附講座設置事業」
周産期の専任教員の増員と周産期専門医（母体・胎児、新生児）を養成するとともに、養成した専門医の県内周産期母子医療センターへの定着を図ります。
- ・「地域家庭医療学寄附講座設置事業」
県内の中小病院の医師不足と開業医の高齢化等に対応するため、将来の家庭医（総合診療医）の養成を図ります。
- ・「地域医療確保支援研修体制充実事業」
医療需要等の調査分析を行うほか、医師が不足する地域における研修体制を充実させることにより、医師の偏在解消を図ります。

キ 研究・学術環境の整備

- 本県では、県民の健康寿命の更なる延伸や、世界に誇れる健康長寿“ふじのくに”実現のため、社会健康医学の推進を図っています。
- 社会健康医学の研究を長期かつ継続的に推進するとともに、研究成果を広く還元する人材を養成するため、県民の健康寿命の延伸に役立つ「疫学」、「医療ビッグデータ」、「ゲノム医学」などの専門的知識を修得する「静岡社会健康医学大学院大学」が2021年4月に開学しました。
- 更なる医師確保と医療水準の向上に向け、優秀な医師を全国から呼び込み、県内への定着を図るため、医師にとって、より魅力のある教育・研究環境を整えていくことが重要です。このため、医科系の博士課程を持つ大学院大学の設置に向けて、設置に必要な条件や課題の洗い出しなどを行った上で、医療・教育関係などの皆様から御意見を伺って検討を進めていきます。

ク 女性医師の活躍支援

- 2017年4月に、県が浜松医科大学に設置した、県全体の女性医師支援を推進する「ふじのくに女性医師支援センター」において、出産等により離職した女性医師の復職支援やキャリア形成支援など、専任のコーディネーター（医師）による、高い専門性を活かした取組を積極的に実施することにより、女性医師が県内で更に活躍する仕組みを構築します。
- キャリア形成支援及び相談体制の充実のほか、院内保育所（病児・病後児保育含む）の整備による就業環境の改善など、医師にとって魅力ある病院づくりへの支援を進めます。

ケ 高齢医師等の活躍支援

- 1973年の「一県一医大構想」により養成された医師が順次定年を迎える中で、65歳を過ぎても意欲と能力のある医師が働き続けられるよう、医師の就労相談やマッチング支援を行う職業紹介サイト「静岡県医師バンク」を県医師会と連携して運営し、高齢医師の活躍を促進します。
- また、女性医師の割合の増加等、医師それぞれのライフスタイルに合わせた多様な求職ニーズが生まれていることから、幅広い年齢を対象とした、きめ細やかな支援を行います。

コ 高校生等への支援による医学科進学者の増

- 将来の本県の医療を支える人材を育成するため、県内の高校生等に対し、実際の医療現場に訪問する機会や医療従事者や医学部合格者と接する機会を提供することで、医学部医学科への進学を

目指す高校生等を増やします。

サ 医師の働き方改革を踏まえた勤務環境改善支援

- 医療従事者の勤務環境改善を推進するため設置した「ふじのくに医療勤務環境改善支援センター」において、医療機関からの要請に応じ、社会保険労務士や医業経営コンサルタント等を派遣し、指導・助言を行います。
- 働きやすい環境を整備するため、医療勤務環境改善計画を策定し、働き方の改善等に取り組む病院を支援するなど、医師に対する負担の軽減等、勤務医が健康を確保しながら働くことができる取組を推進します。
- 医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始に対応するため、長時間労働の医師が勤務する医療機関を対象として、医師労働時間短縮計画策定のためのアドバイザー派遣や医師労働時間短縮等の取組に対する助成により重点的な支援を行うほか、全ての病院を対象として、法令改正や医療機関が取り組むべき具体的な内容について説明会を開催するなど改めて周知を図ります。
- 医師の業務のタスクシフトやタスクシェアを推進するため、医師・看護師事務作業補助者の資質向上を目的とした研修を行うほか、看護師特定行為研修の研修機関や受講生を派遣する派遣病院への支援等を行います。
- 特定の医療機関に外来受診が集中し、医師に過度な負担を招くのを防ぐため、県民に対して、上手な医療のかかり方や在宅医療に関する講演会を開催するなど、周知啓発を図ります。

シ 産科医等確保支援策の実施

- 分娩を取り扱う産科医等に手当を支給する施設に対し支援を行うことで、過酷な勤務状況にある産科医等の処遇を改善し、周産期医療従事者の確保を図ります。

ス 医療機関の機能分担・連携強化

- 特に産科・小児科については、産前・産後のケア等一般的な医療は身近な場所で受診できる体制を維持する一方で、ハイリスクな症例や緊急時は、病院間の機能分担・連携強化により対応する必要があることから、産科・小児科関係者が協議する場を設け、県内の医療機関の在り方について検討を進めます。

第4節 看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）

【対策のポイント】

- 看護職員の計画的な養成と確保
- 就業看護職員の離職防止と未就業看護師の再就業支援
- 病院から地域まで幅広く活躍できる看護職員の育成

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
看護職員数	42,007人 (2018年12月)	47,046人 (2025年)	看護職員需給推計による需給ギャップの解消を目指す。	看護職員業務従事者届
新人看護職員を指導する実地指導者養成数	累計445人 (2020年度まで)	累計645人 (2025年度まで)	毎年度40人増加	県地域医療課調査
再就業準備講習会参加者数	73人 (2020年度)	80人 (毎年度)	毎年度80人参加	県地域医療課調査
認定看護師数	560人 (2020年12月)	710人 (2025年)	毎年30人増加	日本看護協会資料
特定行為研修修了者の就業者数	96人 (2021年8月)	260人 (2023年度)	毎年度80人程度増加	厚生労働省資料

<看護職員需給推計>

- ・厚生労働省が2019年10月に公表した看護職員需給推計結果では、全国の2025年における看護職員の需要推計は、約188万人から約202万人とされています。一方、供給推計は、約175万人から約182万人とされており、約6万人から約27万人の需給ギャップが見込まれています。
- ・当該推計結果の都道府県版では、本県の需要推計は、46,628人から50,076人とされています。一方、供給推計は、43,596人とされており、約3千人から約6千人の需給ギャップが見込まれています。

(いずれも下表のシナリオ①から③の数値)

図表〇-〇 本県と全国の推計結果

(単位：人、%)

区分	静岡県			全国		
	需要A	供給B	差引C (B-A) (充足率)	需要D	供給E	差引F (E-D) (充足率)
シナリオ①	46,628	43,596	$\Delta 3,032$ (93.5%)	1,880,682	1,746,664 ~1,819,466	$\Delta 61,216$ ~ $\Delta 273,109$ (86.5%)
シナリオ②	47,046	43,596	$\Delta 3,450$ (92.7%)	1,897,561		~96.7%)
シナリオ③	50,076	43,596	$\Delta 6,480$ (87.1%)	2,019,773		

資料：医療従事者の受給に関する検討会 看護職員受給分科会中間とりまとめ（2019年）厚生労働省

○需要推計の方法

- ・都道府県は地域医療構想に基づき病床再編が図られることを前提とした厚生労働省推計ツールを用いて算定し報告。その数値を厚生労働省が全国ベースに集約のうえ、短時間勤務者の増加に伴う常勤換算対人員数の比率を加味し、ワークライフ・バランスの実現を前提に看護職員の労働環境の変化に対応して幅を持たせた3つのシナリオを踏まえて推計

< 需要推計の考え方（3つのシナリオ） >

区分	1月あたり超過勤務時間	1年あたり有休取得日数
シナリオ①	10時間以内	有休5日以上
シナリオ②	10時間以内	有休10日以上
シナリオ③	0時間	有休20日以上

対象施設等	推計方法
一般病床及び療養病床 (病院及び有床診療所)	地域医療構想で推計した2025年における4つの医療機能ごとの必要病床数から自動計算(国の提供する推計ツールに数値入力)
精神病床	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所提供の推計患者数から自動計算(国の提供する推計ツールに数値入力)
無床診療所、訪問看護事業所 介護保険サービス	国が推計 (県で数値確認)
保健所・市町村・学校養成所 等	実情、今後の動向を踏まえ都道府県で推計

○供給推計の方法

- ・国の示す以下の計算式により推計

$$(\text{①前年の看護職員数} + \text{②新規就業者数} + \text{③再就業者数}) \times (1 - \text{④離職率})$$

- ・県が独自に設定できる一部数値について、看護学校養成所定員の増加等を踏まえ修正

<ul style="list-style-type: none"> ・②新規就業者数を2020年から20人増員 2019年に県立看護専門学校及び静岡市立清水専門学校が助産師養成課程(定員計20人、1年課程)設置。卒業生が輩出される2020年以降の新規就業者数を定員分増員 ・④離職率を2017年の10.0%(日本看護協会の最新数値(2018年調査)とし、将来の離職率については、2016(9.9%) - 2017年(10.0%)の上昇率を反映 離職率の上昇は2025年まで続くと想定
--

- ・推計結果 (単位:人)

2016年実績	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	2024年	2025年
42,593	42,904	43,209	43,435	43,607	43,713	43,759	43,751	43,695	43,596

- ・新規就業者数: 2017年1,359人、2018~2019年1,441人、2020年~1,461人

- ・再就業者数: 2017~2025年3,719人

<就業看護職員数>

○全国の状況

- ・2018年12月末における全国の就業看護職員数（保健師、助産師、看護師、准看護師の合計）は、実人員で約161万人（常勤換算では、約147万人）となっています。

図表 ー 全国の就業看護職員数 (単位：人)

区 分		保健師	助産師	看護師	准看護師	計
2018年 12月	実人員数	52,955	36,911	1,218,606	304,479	1,612,951
	常勤換算人数	49,241.4	33,563.9	1,124,151.7	267,306.9	1,474,263.9
	人口10万人当たり	38.9	26.6	889.1	211.4	1,166.0
2016年 12月	実人員数	51,280	35,774	1,149,397	323,111	1,559,562
	常勤換算人数	47,805.1	32,488.5	1,056,749.0	282,604.1	1,419,646.7
	人口10万人当たり	37.7	25.6	832.5	222.6	1,118.4
差 引	実人員数	+1,675	+1,137	+69,209	△18,632	+53,389
	常勤換算人数	+1,436.3	+1,075.4	+67,402.7	△15,297.2	+54,617.2
	人口10万人当たり	+1.2	+1.0	+56.6	△11.2	+47.6

資料：衛生行政報告例（2018年、2016年）厚生労働省 ※人口10万人当たりは常勤換算ベース

○県内の状況

- ・2018年12月末における県内の就業看護職員数は42,007人で、2016年末の40,100人に比べ、1,907人（4.8%）増加しており、全国の伸び率3.4%を上回っています。
- ・年齢別状況を見ると、20歳代から30歳代の占める割合は、全体の38.9%となっており、2016年末の40.9%に比べ減少しています。
- ・2018年12月末の人口10万人当たりの看護職員従事者数（常勤換算）は1,028.4人で、全国平均の1,166.0人と比較すると137.6人下回っており、多い方から全国41位です。

図表 ー 県内の就業看護職員数 (単位：人)

区 分		保健師	助産師	看護師	准看護師	計
2018年 12月	実人員数	1,718	998	32,935	6,356	42,007
	常勤換算人数	1,589.2	903.6	29,712.1	5,423.4	37,628.3
	人口10万人当たり	43.5	24.7	812.0	148.2	1,028.4
2016年 12月	実人員数	1,626	952	31,000	6,522	40,100
	常勤換算人数	1,501.6	844.2	28,065.3	5,612.9	36,024.0
	人口10万人当たり	40.7	22.9	761.0	152.2	976.8
差 引	実人員数	+92	+46	+1,935	△166	+1,907
	常勤換算人数	+87.6	+59.4	+1,646.8	△189.5	+1,604.3
	人口10万人当たり	+2.8	+1.8	+51.0	△4.0	+51.6

資料：衛生行政報告例（2018年、2016年）厚生労働省 ※人口10万人当たりは常勤換算ベース

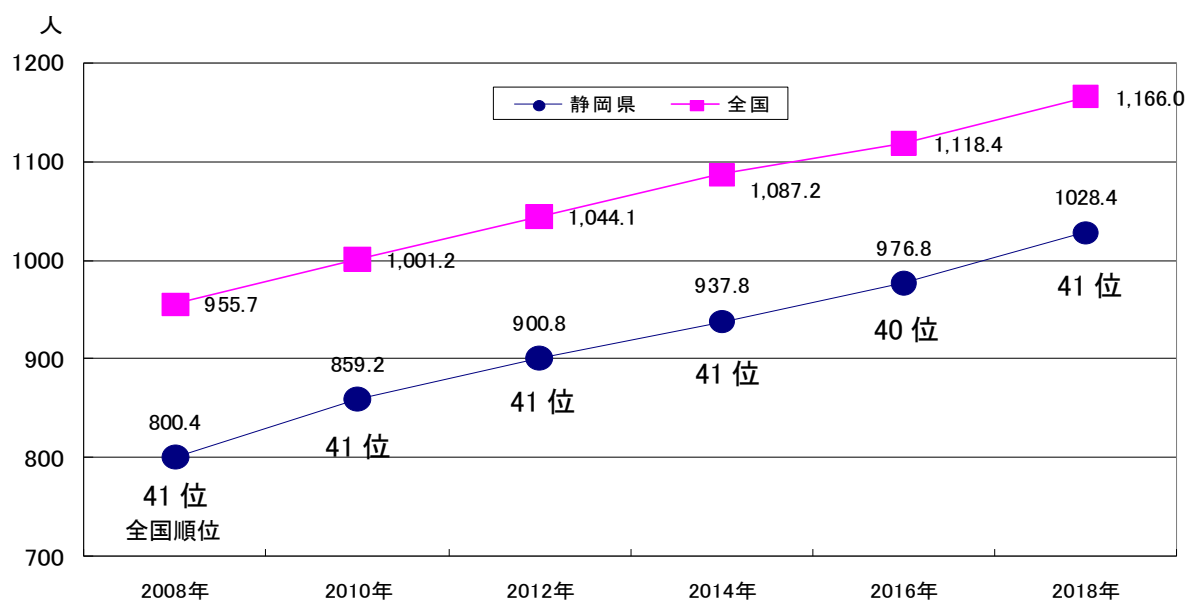
図表 一 就業場所別の状況 (2018年12月末時点実人員)

(単位：人、%)

職種 従事場所	保健師		助産師		看護師		准看護師		総数	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
病院	120	7.0	585	58.6	21,644	65.7	2,082	32.8	24,431	58.2
有床診療所	54	3.1	239	23.9	796	2.4	486	7.6	1,575	3.7
無床診療所	111	6.5	10	1.0	4,014	12.2	1,631	25.7	5,766	13.7
助産所	0	0.0	81	8.1	20	0.1	15	0.2	116	0.3
訪問看護ステーション	4	0.2	0	0	1,210	3.7	70	1.1	1,284	3.1
介護老人保健施設	1	0.1	0	0	1,028	3.1	564	8.9	1,593	3.8
介護医療院	0	0	0	0	53	0.2	46	0.7	99	0.2
介護老人福祉施設	26	1.5	0	0	2,415	7.3	1,135	17.9	3,576	8.5
その他の社会福祉施設	21	1.2	0	0	613	1.9	207	3.3	841	2.0
保健所	93	5.4	0	0	9	0.0	0	0.0	102	0.2
県	49	2.9	1	0.1	39	0.1	1	0.0	90	0.2
市町	1,027	59.8	27	2.7	238	0.7	22	0.3	1,314	3.1
事業所	119	6.9	0	0.0	166	0.5	36	0.6	321	0.8
学校養成所、研究機関	25	1.5	48	4.8	380	1.2	1	0.0	454	1.1
その他	68	4.0	7	0.7	310	0.9	60	0.9	445	1.1
総計	1,718	100	998	100	32,935	100	6,356	100	42,007	100

資料：衛生行政報告例（2018年）厚生労働省

図表 一 人口10万人当たり医療施設従事看護職員数の推移（常勤換算）（単位：人）



資料：「衛生行政報告例」（2018年）・厚生労働省から地域医療課作成

※ 順位は本県の全国順位

<看護職員の養成状況>

- ・2021年度における看護職員の養成は23校、30課程で行われ、入学定員は1,532人（大学編入者除く）となっており、2012年度と比較すると、179人増加しています。
- ・助産師養成施設は、2019年度に中部地域と東部地域に養成所が設置され、県内全域に養成所が整備されています。

図表 一 県内看護職員養成施設の状況（2021年4月）（単位：人、課程）

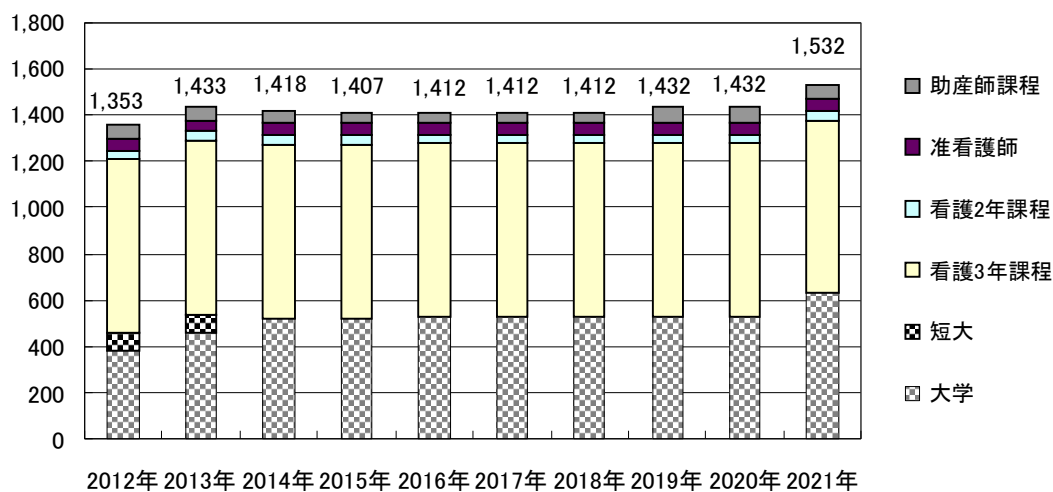
区 分		東 部	中 部	西 部	計
看護 師 養 成	大学	220 (2)	200 (2)	210 (2)	630 (6)
	3年課程	337 (7)	200 (5)	210 (4)	747 (16)
	2年課程	40 (1)	—	—	40 (1)
	小 計	597 (10)	400 (7)	420 (6)	1,417 (23)
准看護師養成		—	—	50 (1)	50 (1)
助 産 師 養 成	大学院	—	10 (1)	5 (1)	15 (2)
	大学専攻科	—	—	15 (1)	15 (1)
	養成所	10 (1)	10 (1)	15 (1)	35 (3)
	小 計	10 (1)	20 (2)	35 (3)	65 (6)
合 計		607 (11)	420 (9)	505 (10)	1,532 (30)

資料：県地域医療課調べ

（ ）は課程数

- ・入学定員数の内訳は、短大が廃止され0になった一方、大学は、2012年度と比較すると250人増加しています。

図表 一 県内看護職員養成施設の入学定員の状況（毎年4月時点）（単位：人）



資料：県地域医療課調べ

- ・県内養成施設の卒業生の県内への就職状況は、2021年4月時点で、全体では8割を超えていますが、大学及び助産師養成課程では7割程度となっています。

図表 ー 県内看護職員養成施設卒業生の就業状況（2020年度卒業生）（単位：人）

区 分	卒業 者数	就業先別就業者数						就 業 率	進 学 者	そ の 他
		病院	診療所	県市町	老健施設	その他	計			
看護師 保健師	大学 536	468	0	19 (19)	1	12 (12)	500 (31)	93.3%	23	13
		364	0	13 (13)	1	9 (9)	387 (22)	77.4%		
看護師	看護師 3年課程 657	637	0	0	0	3	640	97.4%	13	4
	看護師 2年課程 2	574	0	0	0	3	577	90.2%		
准看護師	准看護師 課程 45	2	0	0	0	0	2	100.0%	0	0
		2	26	9	0	1	0	36		
助産師	助産師 課程 58	26	9	0	1	0	36	100.0%	9	0
		42	0	0	0	0	42	72.4%		
合 計	1,298	1,191	9	19 (19)	2	15 (12)	1,236 (31)	95.2%	45	17
		1,008	9	13 (13)	2	12 (9)	1,044 (22)	84.5%		

資料：県地域医療課調べ

※ 上段：総数、下段：うち県内就業

就業率：就業者数/卒業生数×100、県内就業率：県内就業者数/就業者数×100

（ ）内は保健師として就業した者で内数

【保健師】

(1) 現状

- 2018年12月末における県内の就業保健師数は1,718人で、2016年末の1,626人に比べ、5.7%の増加となっています（2018年衛生行政報告例（厚生労働省））。
- 就業場所別にみると、保健所・県市町に従事する者1,169人（68.0%）、病院・診療所285人（16.5%）、事業所119人（6.9%）、社会福祉施設・訪問看護ステーション52人（3.0%）などとなっています。
- 年齢別状況をみると、20歳代が15.8%、30歳代が27.6%、40歳代が28.0%、50歳代が21.8%となっており、30歳代から40歳代が中心となっています。
- 2018年12月末の調査によると、本県における人口10万人当たりの就業保健師数（常勤換算）は43.5人で、全国平均（38.9人）よりも多くなっています。

(2) 課題

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据え、生活習慣病予防や重症化予防等、地域保健の中核を担う保健師の役割はますます重要となっています。
- 2013年4月「地域における保健師の保健活動に関する指針」が改正され「予防的介入の重視」や「健康なまちづくりの推進」の強化が示されたことから、「地区担当制の推進」や「統括的

な役割を担う保健師の配置」の必要性が高まっています。

- 住み慣れた地域でその人らしい生活を継続するために、保健、医療、福祉、介護等の各種サービスの総合的な調整及び不足しているサービスの確保など「地域包括ケアシステム」を実現するコーディネーターとしての役割が求められています。
- 育児におけるストレス、養育者の孤立など子育てに関する問題が多く発生しています。児童虐待の発生を予防し、子どもが健やかに育つため、関係機関との情報提供・調整等による、地域での子育て支援活動の強化が重要な課題となっています。
- 新型コロナウイルスの感染拡大により、保健所の積極的疫学調査や入院調整など、感染症対応業務が保健師に集中し、業務のひっ迫が課題となっています。

(3) 対策

ア 保健師の確保

- 地域住民への保健サービスの充実を図るため、市町保健師の計画的な確保及び配置の促進を図ります。
- 広域的かつ二次的な機能を発揮させ、地域の保健サービス水準を総合的に向上させるとともに、感染症拡大時の体制確保にむけ、県保健師を適正に配置するため、中長期的な視点に立った確保、育成に努めます。
- 未就業保健師のナースバンク登録を促進します。
- 保健師を養成する大学、地域実習を受け持つ市町等と連携し、保健師の専門性や活動分野の多様性に対する学生の理解を深めます。

イ 保健師の資質向上

- 地域社会が求める健康ニーズに見合った施策を展開する役割を持つ行政保健師の資質の向上のため、経験年数に応じた研修、地区診断・健康施策に関する研修などを実施します。
- 県保健師の役割として、専門性をもった質の高い保健サービスの提供を確保するため、人材育成ガイドラインに基づき、職場内研修、職場外研修、計画的な人事異動及び自己啓発などにより、保健師の現任教育体系を構築し人材育成を図ります。
- 未就業保健師の就業促進のため、教育・研修体制の整備を図ります。

ウ 感染症拡大時のための体制整備

- 感染症の拡大時に、多職種と業務を分担し、協働する体制を整備し、円滑な業務の遂行に努めます。

【助産師】

(1) 現状

- 2018年12月末における県内の就業助産師は998人で、2016年末より46人増加しており、常勤換算数でも、59.4人増加しています。(2018年衛生行政報告例(厚生労働省))。
- 就業場所別にみると、病院勤務者が585人となり、2016年末の564人から21人増加する一方で、助産所開設者(出張のみによる者は除く)は、41人で2016年末と同数となっています。
- 2021年4月現在、県内24病院で分娩を取り扱っており、うち、14病院に助産師外来又は院内助産所が設置されています。
- 年齢構成別の助産師数では、20歳代から30歳代の占める割合が全体の43.3%となっています。
- 2018年12月末の調査によると、本県における人口10万人当たりの就業助産師数(常勤換算)は24.7人で、全国平均の26.6人と比較すると1.9人下回っています。また、地域別では、東部地域15.8人、中部地域23.3人、西部地域34.1人となっており、地域別の差が生じています。
- 2019年4月に県立看護専門学校に助産師養成課程を新設しました。また、静岡市立清水看護専門学校に助産師養成課程が新設されました。これにより、県内全域に助産師養成施設が設置されました。

(2) 課題

- 核家族化や地域のつながりが薄くなる中、安全安心な出産と、充実した子育てを支援するためには、病院等施設の内外を問わず助産師本来の業務である助産をはじめ、妊婦・じょく婦や新生児の保健指導などの役割を果たすことが重要になっています。
- 母子のみならず女性の生涯における性と生殖にかかわる健康相談や教育活動など、助産師の役割は家族や地域社会に広く貢献するものであり、助産師の確保と専門性の向上に取り組む必要があります。

(3) 対策

- 2019年4月に県立看護専門学校に設置した助産師養成課程において、県東部地区を中心として医療機関や地域で活躍する助産師を毎年10人程度養成します。また、静岡市立清水看護専門学校に設置された助産師養成課程において、毎年10人程度が養成されます。
- 助産師の県内定着と就業促進を図るため、未就業助産師の再就業支援をはじめ、ナースセンター事業の活用などによりその確保に努めます。
- 周産期医療の著しい進歩に対応するため、専門的な知識習得や産科医との連携強化、母体急変時の初期対応の習得などを目的とした研修会等の開催などにより、質の向上を図ります。

【看護師・准看護師】

(1) 現状

- 2018年12月末における県内の就業看護師等の数は、看護師が32,935人、准看護師が6,356人で、看護師は2016年末の31,000人に比べ、1,935人(6.2%)増加する一方、准看護師は2016年末の6,522人に比べ、166人(2.5%)減少しています(2018年衛生行政報告例(厚生労働省))。
- 年齢別状況を見ると、20歳代から30歳代の占める割合は、看護師で全体の43.8%となっている一方、准看護師は全体の11.9%であり、若年層が減少し高齢化が進む傾向にあります。
- 2018年末の人口10万人当たりの就業看護師数(常勤換算)は812.0人で、全国平均の889.1人と比較すると77.1人下回っています。また、人口10万人当たりの就業准看護師数(常勤換算)は148.2人で、全国平均の211.4人と比較すると63.2人下回っています。
- 看護師等の離職時届出制度に基づく届出者数は、2021年8月末時点で累計5,320人となっており、このうち1,202人がナースセンターの無料職業紹介事業(eナースセンター)の登録を希望しています。
- 高度化し専門化が進む医療の現場においては、認定看護師や専門看護師の資格認定制度を通じて特定の看護分野において知識・技術を深めた水準の高い看護実践のできる者の養成が進められています。県内では、2021年8月末時点で認定看護師は、A課程21分野534人(全国21分野20,673人)、B課程9分野22人(全国19分野922人)、専門看護師は10分野71人(全国13分野2,714人)が登録されています。
- 2015年10月に創設された看護師の特定行為研修制度は、2021年8月時点で全国に指定研修機関が289設置され、県内に12設置されています。また、研修修了者の就業者数は、2021年8月末時点で全国で3,239人、県内で96人となっています。
- 2018年6月の労働基準法の改正により、時間外労働の上限規制について月45時間、年360時間を原則とし、臨時的な特別な事情がある場合は年720時間、単月100時間未満、複数月平均80時間とすることなどが定められました。ただし、医師等の一部の事業・業務については法施行5年後に上限規制を適用すること等とされました。
- 2020年の新型コロナウイルス感染症の感染拡大を受けて、静岡県看護協会との連携により復職を依頼する広報等を実施し、離職中の看護職員の再就業を図りました。また、感染対策として遠隔授業や医療機関での臨地実習に代えて学内演習を行う看護師等養成所等への支援を行いました。
- 2021年5月の医療法の改正により、2024年4月1日の医師に対する時間外労働上限規制の適用開始に向け、勤務する医師が長時間労働となる医療機関において医師労働時間短縮計画の策定等の措置を講じることとされました。

(2) 課題

- 少子高齢化や疾病構造の変化、新型コロナウイルス感染症対応等に伴う医療需要の増大や多様化により、近年の医療は高度化・専門化の傾向にあり、看護業務も高度専門医療の一翼を担うものから慢性疾患・在宅療養患者等の訪問看護に至るまで、その果たす役割は、質、量とも拡大しています。
- 厚生労働省が2019年11月に公表した看護職員需給推計の都道府県版では、本県の需要推計は、

46,628人から50,076人とされています。一方、供給推計は、43,596人とされており、約3千人から約6千人の需給ギャップが見込まれています。

- 就業看護師の離職防止を図るためには、夜勤の負担軽減や時間外労働の縮減などの勤務環境の改善が必要です。また、労働基準法改正による時間外労働の上限規制に対応し、長時間労働をなくすための勤務間インターバル制度の導入等に取り組むことが必要です。
- 県内養成施設の卒業生の県内への就職状況は、2021年4月時点で、全体では8割を超えており、大学及び助産師養成課程では7割程度となっています。
- 看護師等の離職時届出制度については、2015年10月の制度創設から5年程度経過し、努力義務である届出を行う看護職員（又は本人に代行して届け出る就業先）の届出意識の希薄化が考えられ、届出意識向上のための啓発が必要です。
- 離職中の看護職員の再就業を促進するためには、きめ細かな求職求人マッチング、医療・看護技術の進展に対応するための復職時研修の実施など再就業しやすい環境を整える必要があります。
- 医師の労働時間短縮を着実に進めるためには、医療関係職種の業務を見直し、医師の業務のタスクシフトやタスクシェアを推進することが必要です。
- 患者や家族の要請に応じた看護サービスの担い手として、患者の生活の質の向上を目指した療養支援を行うためには、人々の暮らしに視点を置いた看護の推進が求められています。
- 特定行為研修の指定研修機関及び協力施設の県内設置が進み、研修体制が整備され、研修修了者の就業者数は県内で96人と増加してきましたが、さらなる普及に向けた取組が必要です。
- 地域包括ケアシステムの推進のため、多職種と連携しながら、切れ目のない医療と介護を提供するためのコーディネーターの役割を果たすことが求められています。

(3) 対策

ア 養成本力強化

- 基礎看護教育の内容向上を図るため、看護師等養成所の運営を支援します。
- 看護教員及び実習指導者を養成する研修会を開催し、教育の質の向上を図ります。
- こころざし育成セミナーの開催や看護の出前事業等により、看護師等を志望する学生への啓発を促進します。
- 静岡県看護協会と連携し、看護の日（5月12日）及び看護週間等の啓発事業を通じて、県民の看護についての関心と理解を深めます。

イ 離職防止・定着促進

- 新人看護職員の臨床実践能力を高めるため、病院内における新人看護職員研修に関する研修責任者や教育担当者等を養成する研修会を開催します。
- 病児保育や延長保育、児童保育への支援など院内保育事業の充実、ナースステーション等の改修や休憩室の整備及び看護師宿舍の個室化などを促進することにより、働きやすい職場環境づくりを推進します。
- 静岡県病院協会に設置した医療勤務環境改善支援センターにおいて、医療現場の実情を踏まえた労働時間短縮の取組事例やメンタルヘルス対策を含む医療勤務環境改善計画策定方法の提案、医療機関の課題に対応する研修会の開催により、実効性のある支援を行います。
- 看護学生に修学資金を貸与することにより、県内への就業・定着を強化します。

ウ 再就業支援

- 静岡県ナースセンターと連携しながら、ナースバンク事業を充実し、求職求人マッチングを強化するとともに、最新の看護知識・技術を習得するための講習会や研修会、就業相談会を開催し、離職中の看護職員の再就業を促進します。
- 2017年度に静岡県ナースセンターに配置した再就業支援コーディネーターが、看護師等の離職時届出制度を活用し、離職者に対して、医療機関の求人情報や復職体験談の提供、復職研修の開催案内、復職意向の定期的な確認など、きめ細かな支援を行います。
- 在宅医療を支える訪問看護や介護施設など、看護職員が活躍する場の広がりを踏まえ、未就業看護師に対して、多様な働き方や働く場所などの情報提供を行います。
- 県内高等学校、看護職員養成施設等の訪問、県移住フェアへの参加等を通じて、UIターンの呼びかけ、本県の看護職員確保・定着の取組紹介を行います。

エ 看護の質の向上

- 新型コロナウイルス感染症等の新興感染症、高度化、多様化する看護業務に的確に対応できるよう、認定看護師教育課程など研修機関等における体系的な研修の実施及び参加促進のため、研修機関への支援や、受講費への助成等を通じて看護職員が受講しやすい環境を整えます。
- 研修機会の少ない中小病院や診療所等の看護職員に対する研修を実施し、安全な医療・看護を提供する体制を整えます。
- 医師の労働時間短縮にも大きな役割を果たす特定行為研修修了者数の増加を図るため、県内の研修施設や研修受講を推進する医療機関等への支援、特定行為研修修了者の活用促進を目的とした実践報告会等を行います。

オ 医療・介護・福祉の連携強化

- 地域包括ケアシステムの推進に向けて、訪問看護師を対象とした研修の実施により、その資質の向上を図ります。
- 病院から在宅や施設への切れ目ない看護の提供体制を確保するため、病院看護師と訪問看護師のネットワークづくりをはじめ、保健、医療、介護、福祉の垣根を越えた多職種の連携強化を進めます。

第6節 ふじのくに医療勤務環境改善支援センター

【対策のポイント】

- 医療機関の行う医療従事者の勤務環境改善の支援
- 「医師の働き方改革」による時間外労働上限規制への対応支援
- 医療勤務環境改善マネジメントシステムの普及

【数値目標】

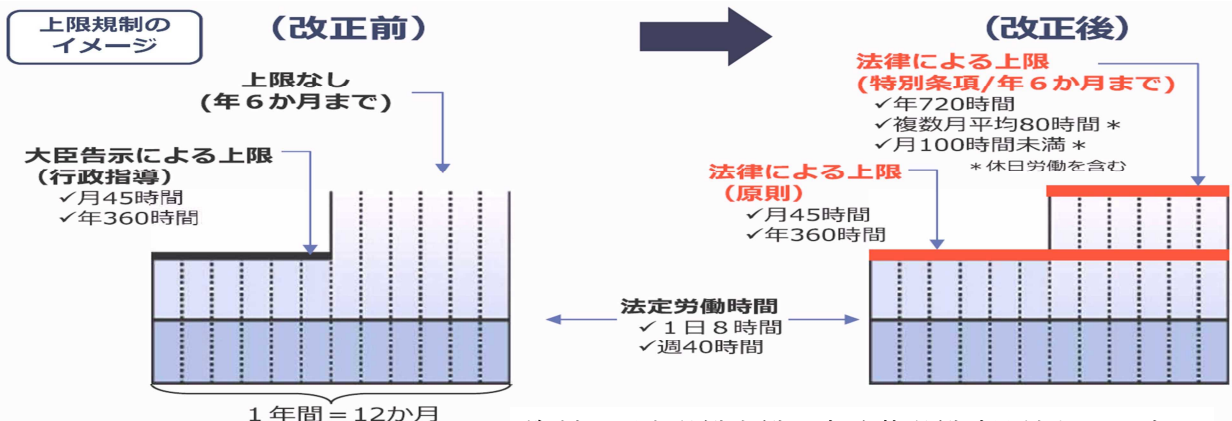
項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
医療勤務環境改善計画の策定	50 病院 (2020 年)	170 病院	県内すべての病院において計画的に勤務環境改善に取り組む。	県地域医療課調査

(1) 現状

- 医療法では、病院又は診療所の管理者は、医療従事者の勤務環境の改善その他の医療従事者の確保に資する措置を講ずるよう努めることが義務づけられ、都道府県にはその取組を支援する拠点整備に努めると規定されています。
- 本県では、2014年10月に「ふじのくに医療勤務環境改善支援センター」(以下「支援センター」)を設置し、医療機関からの要請に基づき医業経営コンサルタントや、社会保険労務士等の専門家を派遣し、医療勤務環境改善計画の策定・実施を支援してきました。2020年4月から、病院により近い立場で効果的に勤務環境改善支援を実施するため、支援センターを静岡県病院協会に置く、体制の見直しを行いました。
- 2018年6月の労働基準法の改正により、時間外労働の上限規制について月45時間、年360時間を原則とし、臨時的な特別な事情があつて労使が合意する場合は年720時間、単月100時間未満、複数月平均80時間とすることが定められました。ただし、医師等の一部の事業・業務については改正法施行5年後に上限規制を適用すること等とされました。

<改正労働基準法の概要>

- ・時間外労働の上限規制(時間外労働の上限は原則として月45時間・年360時間、臨時的な特別な事情があつても時間外労働が年720時間以内、時間外労働と休日労働の合計が月100時間未満としなければならない)等
- ・年5日の年次有給休暇の取得(使用者の義務)



資料：厚生労働省働き方改革労働時間法制の見直しの概要(残業時間の上限規制)から抜粋

○2021年5月の医療法等の改正により、2024年4月1日の医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始に向け、勤務する医師が長時間労働となる医療機関において医師労働時間短縮計画の策定等の措置を講じることとされました。また、各医療専門職種の専門性の活用を進めるため、各職種の業務範囲の拡大等を行うこととされました。

<改正医療法等の概要>

- 医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始（2024年4月1日）に向け次の措置を講じる。
 - ・勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の策定
 - ・地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
 - ・当該医療機関における健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施 等
- タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。（診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律等）

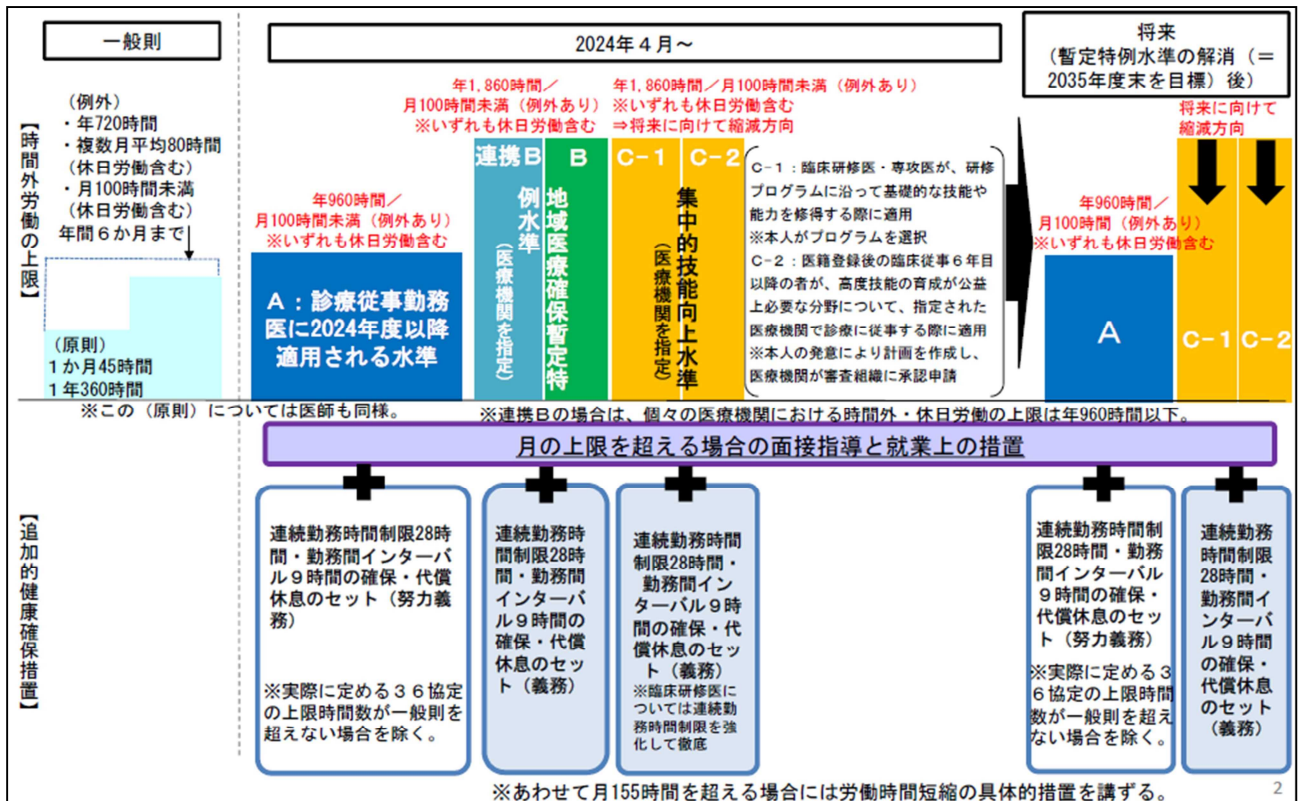
職種	業務範囲の拡大等
診療放射線技師	<ul style="list-style-type: none"> ・放射性同位元素（その化合物及び放射性同位元素又はその化合物の含有物を含む。）を人体内に挿入して行う放射線の人体に対する照射を追加 ・病院又は診療所以外の場所において業務を行うことができる場合として、医師又は歯科医師が診察した患者について、その医師又は歯科医師の指示を受け、出張して超音波診断装置その他の画像による診断を行うための装置であって厚生労働省令で定めるものを用いた検査を行うときを追加
臨床検査技師	<ul style="list-style-type: none"> ・採血、検体採取又は生理学的検査に関連する行為として厚生労働省令で定めるもの（医師又は歯科医師の具体的な指示を受けて行うものに限る。）を追加
臨床工学技士	<ul style="list-style-type: none"> ・生命維持管理装置を用いた治療において当該治療に関連する医療用の装置の操作（当該医療用の装置の先端部の身体への接続又は身体からの除去を含む。）として厚生労働省令で定めるもの（医師の具体的な指示を受けて行うものに限る。）を行うことを追加
救急救命士	<ul style="list-style-type: none"> ・「救急救命処置」の定義について、重度傷病者が病院若しくは診療所に搬送されるまでの間又は病院若しくは診療所に到着し当該病院若しくは診療所に入院するまでの間（当該重度傷病者が入院しない場合は、病院又は診療所に到着し当該病院又は診療所に滞在している間。以下同じ。）に当該重度傷病者に対して行われる気道の確保、心拍の回復その他の処置であって、当該重度傷病者の症状の著しい悪化を防止し、又はその生命の危険を回避するために緊急に必要なものとする ・救急救命士が救急用自動車その他の重度傷病者を搬送するためのものであって厚生労働省令で定めるもの以外の場所において業務を行うことができる場合として、重度傷病者が病院又は診療所に到着し当該病院又は診療所に入院するまでの間において救命救急処置を行うことが必要と認められる場合を追加 ・病院又は診療所に勤務する救急救命士は、重度傷病者が当該病院又は診療所に到着し当該病院又は診療所に入院するまでの間において救命救急処置を行おうとするときは、あらかじめ、厚生労働省令で定めるところにより、当該病院又は診療所の管理者が実施する医師その他の医療従事者との緊密な連携の促進に関する事項その他の重度傷病者が当該病院又は診療所に到着し当該病院又は診療所に入院するまでの間において救急救命士が救命救急処置を行うために必要な事項として厚生労働省令で定める事項に関する研修を受けなければならないものとする

資料：良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案要綱より抜粋

＜医師労働時間上限規制の概要＞

- ・時間外労働時間の上限は、年 960 時間／月 100 時間未満
- ・地域医療提供体制の確保のため、医療技能の向上のためにやむを得ず長時間労働する医師に対し、例外的な水準を設定
- ・医師労働時間短縮計画の策定、医療機関勤務環境評価センター(以下「評価センター」)による計画及び労働時間短縮の取組の評価、これを踏まえた県による指定を経て、各水準が適用される
- ・労働時間上限規制に加え、連続勤務時間制限、勤務間インターバルなどの追加的措置により医師の健康確保に取り組む

図表〇-〇 医師の時間外労働規制①



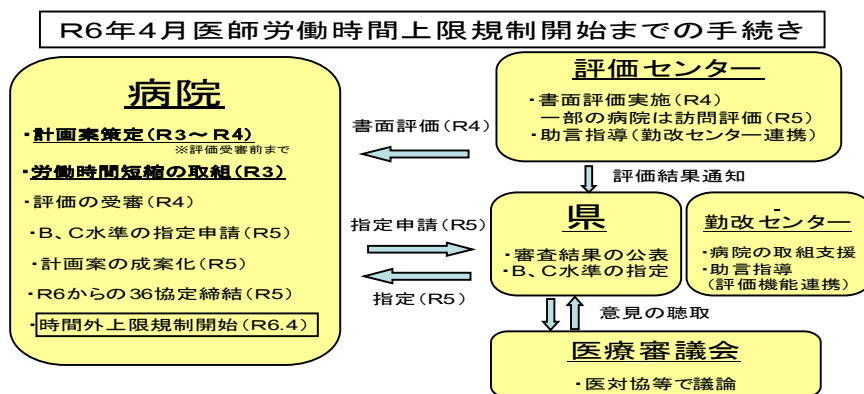
資料:「医師の働き方改革に関する検討会 中間とりまとめ参考資料」(令和2年12月22日)

図表〇一〇 医師の時間外労働規制②

区分	規制の概要		都道府県の指定要件の概要
A水準	診療従事勤務医に 2024年度以降適用される水準	年960時間／月100時間未満(面接指導の実施により例外的に緩和あり) ※休日労働含む	＝
B水準	地域医療提供体制の確保の観点からやむを得ずA水準を超えるを得ない場合の水準	年1,860時間／月100時間未満(面接指導の実施により例外的に緩和あり) ※休日労働含む	三次救急医療機関、二次救急医療機関 かつ「年間救急車受入台数1,000台以上又は年間での夜間・休日・時間外入院件数500件以上」 かつ「医療計画において5疾病5事業の確保のために必要な役割を担うと位置付けられた医療機関」等
連携B水準			医師の派遣を通じて、地域の医療提供体制を確保するために必要な役割を担う医療機関 等
C-1水準	一定の期間集中的に技能向上のための診療を必要とする医師のための水準		都道府県知事により指定された臨床研修プログラム又は日本専門医機構により認定された専門研修プログラム／カリキュラムの研修機関 等
C-2水準			対象分野における医師の育成が可能 等

資料：「医師の働き方改革に関する検討会 中間とりまとめ」(令和2年12月22日) から抜粋

〇B、連携B、C-1、C-2水準の指定を受けることを予定している場合は、当該指定申請にあたり、評価センターによる評価を受審する前までに2024年4月以降の医師労働時間短縮計画の案を作成することが必要です。また、A水準超の時間外・休日労働を行う医師が勤務する医療機関は、A水準を予定している場合であっても2023年3月末までに医師労働時間短縮計画を作成することが努力義務とされており、期限までに確実に医師の時間外・休日労働を短縮することが必要です。



資料：「医師の働き方改革の推進に関する検討会中間とりまとめ」(令和2年12月22日) 等から地域医療課作成

○令和3年9月30日付け医政発0930第16号厚生労働省医政局長通知において、医師の時間外労働の上限規制が適用される2024年4月に向けて、現行制度の下で医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアが可能な業務の具体例やタスク・シフト/シェアを推進するにあたっての留意点等が整理されており、各医療機関はこれを踏まえて取組を早急に進めることが求められています。

区分	内容
基本的な考え方	<ul style="list-style-type: none"> ・医療安全の確保及び各医療関係職種の資格法における職種毎の専門性を前提として、各個人の能力や各医療機関の体制、医師との信頼関係等も踏まえつつ、多くの医療関係職種それぞれが自らの能力を生かし、より能動的に対応できるよう必要な取組を進めることが重要 ・まずは現行制度の下で実施可能な範囲において、医師以外の医療関係職種が実施可能な業務についてのタスク・シフト/シェアの最大限の推進が必要
タスク・シフト/シェアを効果的に進めるための留意事項	<p>1) 意識改革・啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ・タスク・シフト/シェアの効果的な推進には個々のモチベーションや危機感等が重要 ・病院長等の管理者の意識改革・啓発に加え、医療従事者全体の意識改革・啓発に取り組むことが必要 <p>具体例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院長等の管理者向けのマネジメント研修や医師全体に対する説明会の開催、各部門責任者に対する研修、全職員の意識改革に関する研修会等 <p>2) 知識・技能の習得</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療安全を確保しつつ、タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の不安を解消するためには、医療関係職種の知識・技能の担保が重要 <p>具体例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各医療関係職種が新たに担当する業務に必要な知識・技能を習得するための教育・研修の実施 ・教育・研修の実施に当たっては、座学のみではなくシミュレーター等による実技の研修も行うほか、指導方法や研修のあり方の統一・マニュアルを作成 <p>3) 余力の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の余力の確保も重要 <p>具体例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ICT機器の導入等による業務全体の縮減を行うほか、医師だけでなく看護師その他の医療関係職種から別の職種へのタスク・シフト/シェア(現行の担当職種の見直し)にもあわせて取り組むとともに、タスク・シフト/シェアを受ける側についても必要な人員を確保 <p>資料：令和3年9月30日付け医政発0930第16号厚生労働省医政局長通知から抜粋</p>

○厚生労働省では、医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組み（医療勤務環境改善マネジメントシステム）を構築し、自主的な取組を支援するガイドラインを整備しましたが、本県では当システムを活用して医療勤務環境改善計画を策定する医療機関は約3割にとどまっています。

(2) 課題

- 医療従事者の離職防止及び定着促進のために、健康で働き続けられる勤務環境にすることが求められています。労働基準法改正による時間外労働の上限規制に対応し、長時間労働をなくするための勤務間インターバル制度（1日の勤務終了後、翌日の入社までの間に一定時間以上の休息時間（インターバル時間）を確保する仕組み）の導入等に取り組むことが必要です。
- 医療機関から支援センターへのアドバイザー派遣依頼数は少数にとどまっており、支援センターの認知度向上やアドバイザーの資質向上が必要です。
- 2024年4月1日から始まる医師に対する時間外労働の上限規制について、医療機関の取組の進捗に差が生じていることから、さらなる制度の周知と支援が必要です。
- 医師の労働時間短縮を着実に進めるためには、医療関係職種の業務を見直し、医師の業務のタスクシフトやタスクシェアを推進することが必要です。特に、看護師、助産師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、義肢装具士、救急救命士、医師事務作業補助者や看護補助者などを含めた、多職種の協力体制を整えていく必要があります。
- また、医師の働き方改革の実現には、労働時間の上限規制に加え、地域医療構想、医師の確保・偏在対策の推進、医療を受ける県民の理解に基づく上手な医療のかかり方の促進が必要です。

(3) 対策

- 静岡県病院協会に設置した支援センターにおいて、医療現場の実情を踏まえた労働時間短縮の取組事例の提供や医療従事者のメンタルヘルス対策を含めた医療勤務環境改善計画策定方法の提案、医療機関の課題に対応する研修会の開催により、実効性のある支援を行います。
- 支援センターの認知度向上に向けて、ホームページによる労働時間短縮の取組事例や医師労働時間短縮計画策定マニュアルの紹介など、医療機関のニーズに応じた情報発信を行うとともに、アドバイザーの資質向上を目的とした研修や情報共有のための会議を開催します。
- 医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始に対応するため、長時間労働の医師が勤務する医療機関を対象として、医師労働時間短縮計画策定のためのアドバイザー派遣や医師労働時間短縮等の取組に対する助成により重点的な支援を行うほか、全ての病院を対象として、法令改正や医療機関が取り組むべき具体的な内容について説明会を開催するなど改めて周知を図ります。
- 令和3年9月30日付け医政発0930厚生労働省医政局長通知の内容を踏まえ、医師事務作業補助者の資質向上を目的とした研修や看護師特定行為研修の研修機関や受講生を派遣する病院への支援を行うほか、タスクシフトやタスクシェアの好事例の発表を含む研修や特定行為研修修了者の活用促進を目的とした実践報告会などを実施します。
- 時間外労働の上限規制にかかる法令遵守に加え、勤務環境改善の取組が、医療の質の向上や経営の安定化につながり、医療従事者や患者だけでなく病院経営にとってもメリットがあること

を周知し、自主的な取組を促進します。

○医師の働き方改革の推進とあわせて、地域医療構想の実現に向けた取組を引き続き進めます。

○医師の確保、偏在解消に向けて、浜松医科大学、静岡県医師会、静岡県病院協会、その他関係団体との連携を図りながら医師確保計画に基づき、必要な取組を実施します。

○県民の理解に基づく上手な医療のかかり方の促進のため、国の進める「みんなで医療を考える月間」の取組や医療のかかり方の重要性に関する普及啓発に協力するとともに、地域の医療を支えようと自ら活動している住民の方々の集まりである地域医療支援団体との協働により、医師の働き方改革についての周知を図ります。

2 科学的知見に基づく健康施策の推進

【対策のポイント】

- 健康寿命の更なる延伸を図るため、県民総ぐるみの健康づくりや科学的知見に基づく健康施策を推進

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
静岡社会健康医学大学院大学の論文及び学会等発表の合計件数	二 (2020年度)	80件 (2022～ 2025年度)	静岡社会健康医学大学院大学中期計画活動目標	県健康福祉部健康政策課調査
社会健康医学に関する講演会等参加者数	累計 1,614人 (2017～ 2020年度)	累計 2,000人 (2022～ 2025年度)	講演会等年5回程度 計600人×4年=2,400人	県健康福祉部健康政策課調査

(1) 現状

ア 高齢化の進展と平均寿命と健康寿命の差

- 2019年10月1日現在の静岡県の総人口は約364万人であり、65歳以上の高齢者人口は、約108万人に増加し、総人口に占める割合（高齢化率）は29.9%と、いずれも過去最高になっています。
- 今後、高齢化は更に進行し、団塊の世代が全て75歳以上の高齢者となる2025年には、65歳以上の高齢者人口は、111万9千人（高齢化率31.9%）、2030年には約3人に1人（高齢化率33.3%）が高齢者になると予測されています。
- 2016年現在の静岡県の平均寿命は男性80.95歳、女性86.86歳、健康寿命は男性72.63歳、女性75.37歳と、何らかの健康上の問題で日常生活が制限される期間（平均寿命と健康寿命の差）は、男性で約8年、女性で約12年となっています。

イ 医療費・介護費の拡大

- 2008年度から2018年度までに、静岡県の医療費は9,288億円から1兆1,716億円へ増加しています。
- 同じ期間に、介護費も1,886億円から2,784億円へ増加しています。

ウ 高齢者の定義と認識の差異

- 高齢者を65歳以上と定義したのは、1956年の国連報告によるものですが、当時（1955年）の静岡県の平均寿命は男性64.12歳、女性68.63歳であり、高齢者の定義となる年齢は概ね平均寿命に相当していました。
- 現在の平均寿命は、当時と比較して男女とも15年以上延伸し、65歳以上で健康で活躍している人も増加し、高齢者自身の意識も変化してきています。

エ 静岡県社会健康医学大学院大学の開学

- 社会健康医学の研究を長期かつ継続的に推進するとともに、研究成果を広く還元する人材を養成するため、2021年4月1日に静岡社会健康医学大学院大学が開学しました。

(2) 課題

- 平均寿命と健康寿命の差が依然として長いことから、県民の健康づくりを一層推進することが必要です。
- 2021年4月に開学した静岡社会健康医学大学院大学の研究成果の還元が必要です。

(3) 対策

ア 静岡社会健康医学大学院大学の教育・研究機能の充実

- 県民の健康寿命延伸に向けて、大学院大学における疫学、医療ビッグデータ、ゲノムコホート、聴覚言語学等の教育、研究等を支援します。

イ 社会健康医学の研究成果の還元

- 大学院大学の研究成果の地域への還元や本県の健康課題を解決するため、ヘルスオープンイノベーション静岡により、効果的な健康施策を推進するとともに、市町や医療機関等の健康増進・疾病予防の立案における研究成果の活用を支援します。
- 社会健康医学に対する県民の理解を深めるため、科学的知見に基づいた研究成果等の情報発信を行います。