

第3回静岡県 医療対策協議会	資料 1-7 別冊	議題 1
-------------------	-----------------	---------

第8次静岡県保健医療計画

<中間見直し> (案)

令和4年3月現在

※資料内の下線 (パブリックコメント公開時からの修正箇所)

目 次

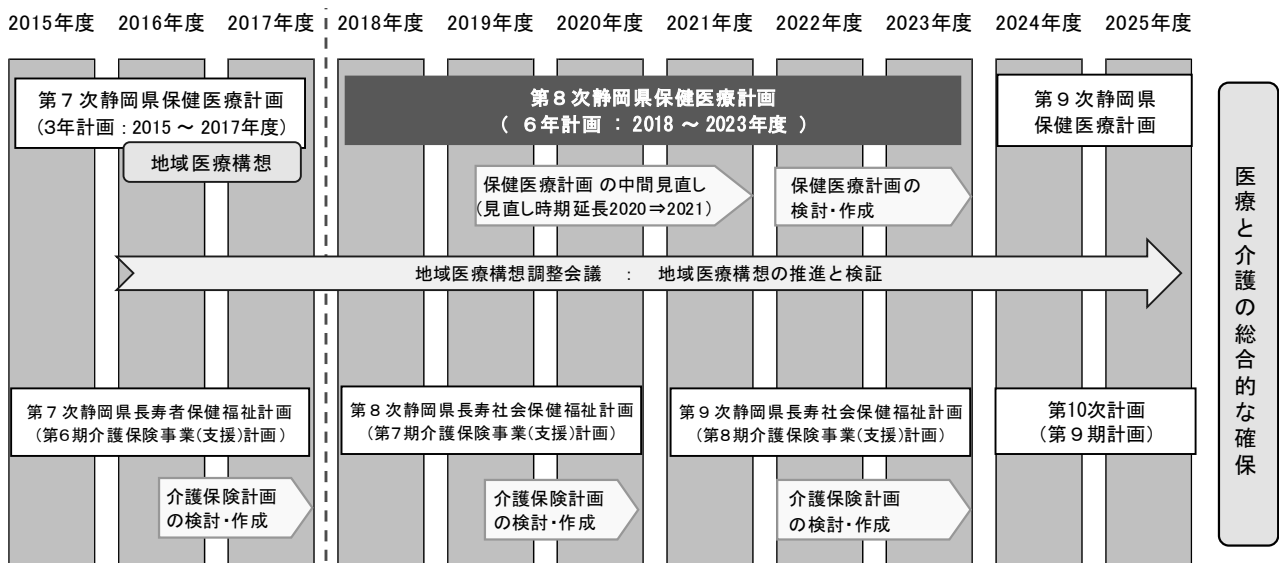
＜第1章＞基本的事項	1
＜第2章＞保健医療の現況	2
＜第3章＞地域医療構想	3
＜第4章＞医療機関の機能分担と相互連携	4
＜第5章＞疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制の構築	
疾病又は事業ごとの医療連携体制	5
がん	6
脳卒中	7
心筋梗塞等の心血管疾患	8
糖尿病	9
肝炎	10
精神疾患	11
救急医療	12
災害医療	13
へき地の医療	14
周産期医療	15
小児医療	16
在宅医療(※令和2年度見直し済)	17
＜第6章＞各種疾病対策等	
新型コロナウイルス感染症対策	18
新興・再興感染症対策	19
その他の感染症対策	20
認知症対策(※令和2年度見直し済)	21
地域リハビリテーション(※令和2年度見直し済)	22
＜第7章＞医療従事者の確保	
医師	23
看護職員	24
ふじのくに医療勤務環境改善支援センター	25
＜第8章＞保健・医療・福祉の総合的な取組の推進	
科学的知見に基づく健康施策の推進	26
保健施設の機能充実	27

※資料内の下線 (パブリックコメント公開時からの変更箇所)

第1章 基本的事項

第1節 計画見直しの趣旨

- 静岡県では、保健医療に関する基本指針として、1988年度に最初の「静岡県地域保健医療計画」を策定し、その後、保健医療を取り巻く環境の変化に対応して、改定を重ねながら保健医療施策の推進に取り組んできました。
- 現在、医療を取り巻く環境は、かつてないほど大きな変化に直面しています。少子高齢化が急速に進行していく中で、限られた資源で、増加する医療及び介護需要に対応していくためには、今まで以上に医療と介護の連携が重要になってきます。
- こうした中、2014年6月には「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（医療介護総合確保推進法）が成立し、効率的かつ質の高い医療提供体制と地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法が改正され「地域医療構想」が導入されました。
- これまでは、医療提供体制は主として県が、介護提供体制は主として市町が整備に努めてきましたが、今後は各圏域において、病床の機能分化及び連携の推進による効率的で質の高い医療提供体制を構築し、さらに在宅医療・介護の充実等により、地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるように、本計画と介護保険事業（支援）計画の整合性を確保することが必要です。
- これらの課題に適切に対応するため、本県における保健医療に関する基本方針である第8次「静岡県保健医療計画」を2018年度から2023年度までの6年間を計画期間として策定しました。
- 医療計画については、医療法第30条の6の規定により、在宅医療その他必要な事項に関して、3年ごとに調査、分析及び評価を行い必要がある場合は変更することとされています。
- 本来ならば計画期間の3年目に当たる2020年度中に見直しを行う予定でしたが、新型コロナウイルス感染症の感染対策を優先するため、本県では、2021年度に見直しを行うこととしました。



第2節 中間見直しの位置付けと概要

1 位置付け

今回は計画期間の中間における見直しであることから、国の指針改正や関連する計画の改定等に伴い、新たな対応が求められる事項について、部分的な見直しを行います。それ以外の事項については、現行計画の内容をそのまま適用します。なお、本計画は、次に掲げる性格を有するものです。

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

2 中間見直しの概要

今回の中間見直しについては、主に次に掲げる視点から見直しを行いました。

- 国の「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針等」を踏まえ、疾病・事業及び在宅医療の必要となる医療機能と指標の見直し
- 新型コロナウイルス感染症対策の経験を踏まえ、感染症対策に関する見直し
- 現在策定作業中の静岡県総合計画次期基本計画や、現行計画策定後に策定した分野別計画との整合を図るための見直し
- その他、現行計画策定後の状況変化を踏まえた見直し

第2章 保健医療の現況

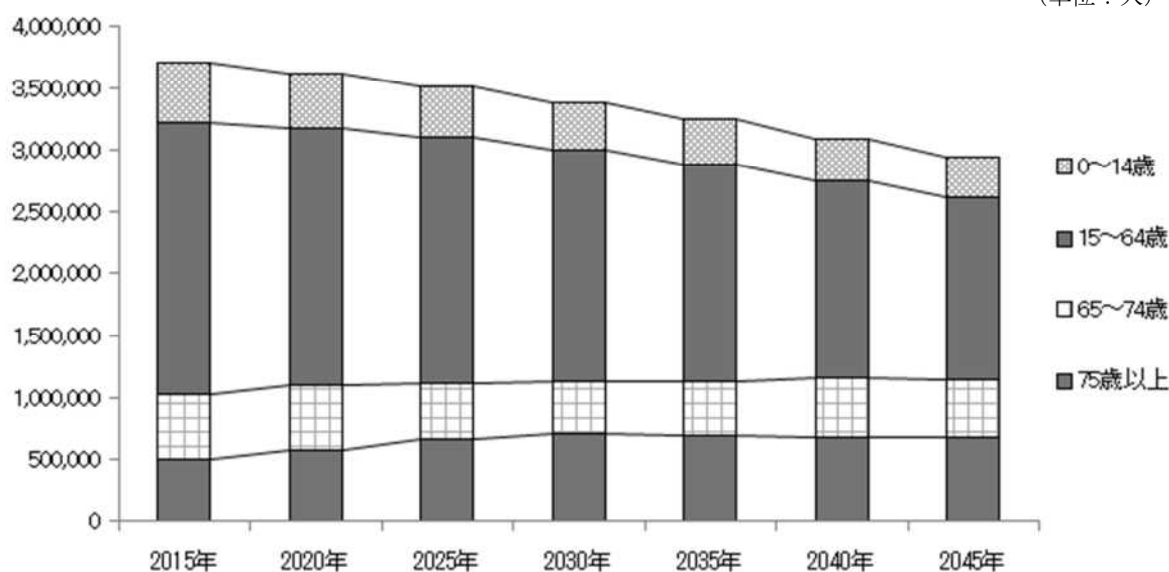
第1節 人口

1 総人口

- 本県の総人口は、2020年10月1日現在、3,633,202人（男1,791,118人、女1,842,084人）で、日本の総人口の約3%を占めています。
- 本県では、2007年12月の379万7,000人をピークに人口減少局面を迎えています。国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、人口減少のスピードは、2015年から10年ごとの減少数が、19万4,000人減、26万4,000人減、29万9,000人減と徐々に加速していくと推計されます。
- また、単に人口が減少するだけではなく、人口構造そのものが大きく変化していきます。高齢者人口が増加するとともに、少子化が進行する中で生産年齢人口は減少し、急速な高齢化が進行していきます。
- 団塊の世代が後期高齢者となる2025年には、本県においても、県民の約5人に1人が75歳以上になると予測されています。

図表2-1：静岡県の年齢階級別将来推計人口

(単位：人)

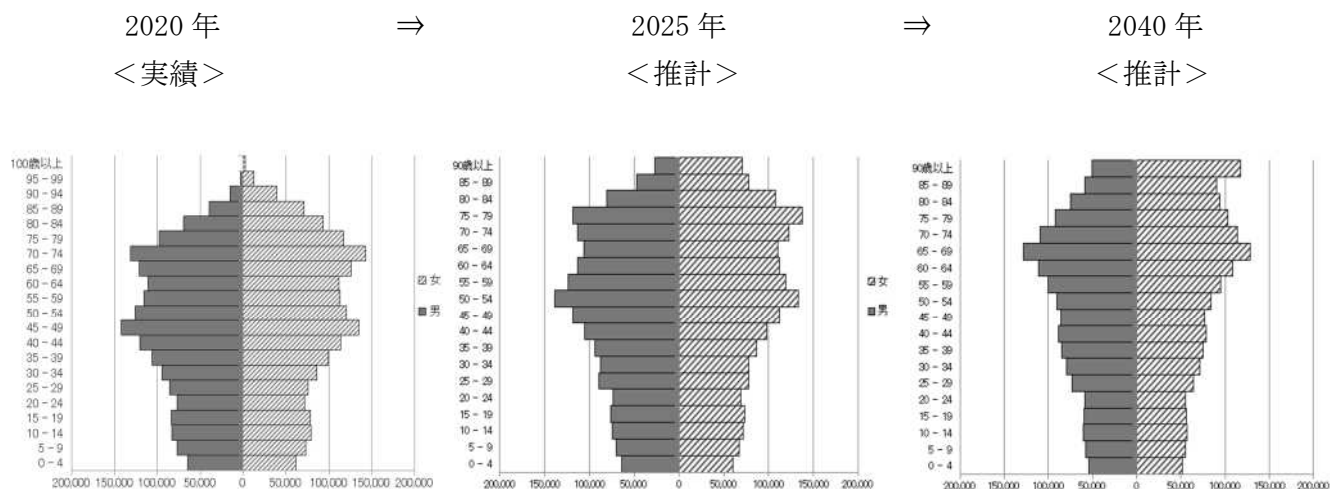


	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
0～14歳	478,956	444,825	407,749	378,716	353,742	336,049	318,376
15～64歳	2,192,451	2,070,481	1,979,377	1,876,560	1,754,449	1,597,414	1,481,066
65～74歳	531,608	526,841	452,620	424,467	441,501	479,671	460,300
75歳以上	497,290	573,439	666,318	700,361	692,111	681,130	683,123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

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

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

図表 2 - 2 : 静岡県における人口構造の変化



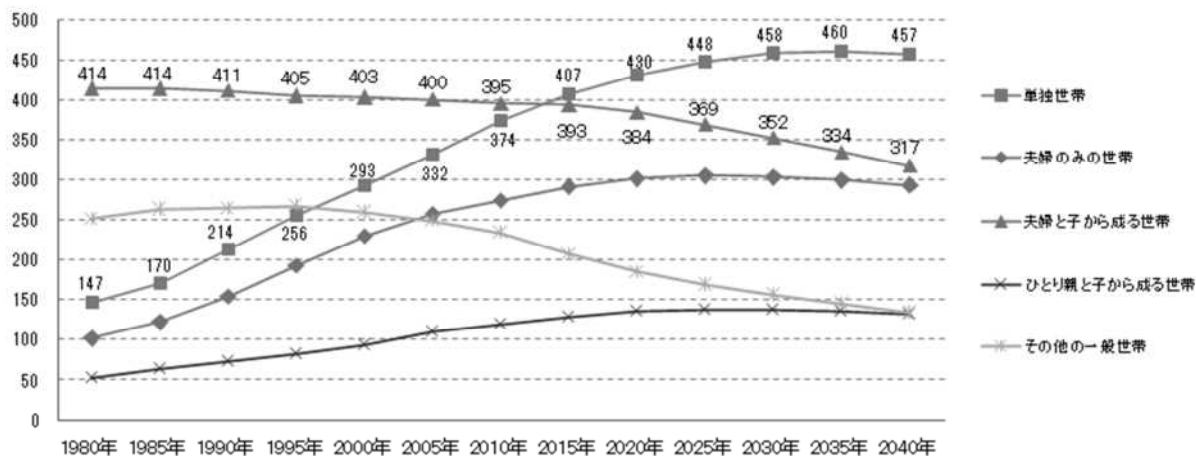
2 世帯

(1) 家族類型別世帯数及び割合

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

図表 2 - 3 静岡県の家族類型別世帯数の推移

(千世帯)



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

(2) 高齢者世帯

○2015年現在、本県の総世帯数は142万9,600世帯、「高齢者ひとり暮らし世帯」は13万9,262世帯、「高齢者夫婦のみ世帯」は14万2,477世帯と総世帯に占める割合はそれぞれ9.7%、10.0%となっています。

○2015年と2025年を比較すると、「高齢者ひとり暮らし世帯」は2万8,214世帯増(1.20倍)、「高齢者夫婦のみ世帯」は9,549世帯増(1.07倍)。同じく75歳以上の後期高齢者の世帯数については、「高齢者ひとり暮らし世帯」は3万1,066世帯増(1.43倍)、「高齢者夫婦のみ世帯」は1万8,304世帯増(1.41倍)と推計されています。

図表2-4 静岡県の家族構成別世帯数の推移

(単位：世帯数) () は総世帯に対する割合

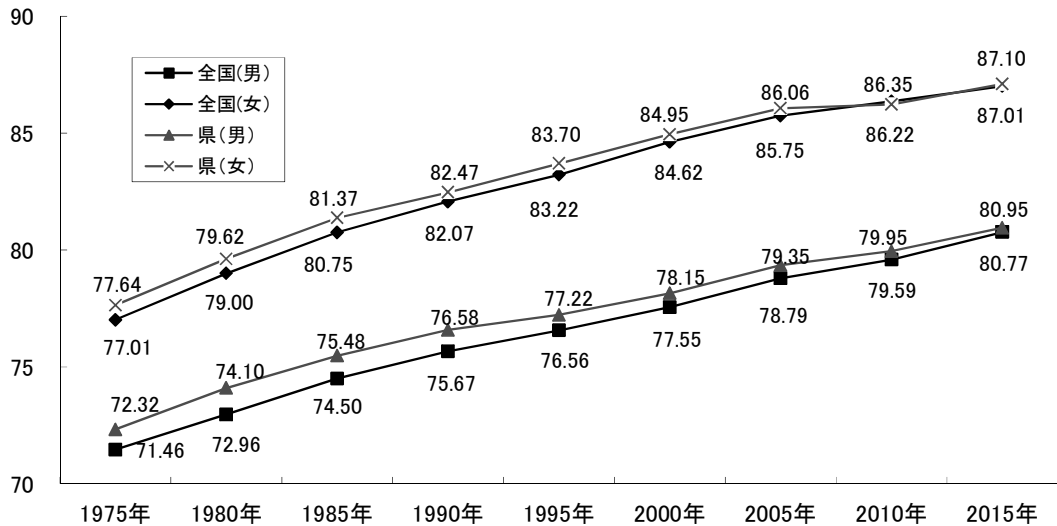
区 分		2015年	2025年
総世帯		1,429,600	1,398,252
	計 (①+②)	281,739 (19.7%)	319,502 (22.9%)
	うち後期高齢者	116,640 (8.2%)	166,010 (11.9%)
	①うち高齢者夫婦のみ世帯	142,477 (10.0%)	152,026 (10.9%)
	うち後期高齢者	44,814 (3.1%)	63,118 (4.5%)
	②うち高齢者ひとり暮らし世帯	139,262 (9.7%)	167,476 (12.0%)
	うち後期高齢者	71,826 (5.0%)	102,892 (7.4%)

(資料：国勢調査、県健康福祉部推計)

3 平均寿命と健康寿命

○平均寿命¹は着実に伸びており、2015年現在の平均寿命は男性80.95歳（全国80.77歳）で全国17位、女性87.10歳（全国87.01歳）で、全国24位です（図表2-5）。

図表2-5 平均寿命の推移（本県と全国）



（資料：厚生労働省統計情報部『都道府県別生命表』）

○本県における2019年の健康寿命²は、男性は73.45歳で全国5位、女性は76.58歳で全国5位でした。（図表2-6）

図表2-6 健康寿命の上位都道府県(2019年)

男性			女性		
順位	都道府県	歳	順位	都道府県	歳
1	大分県	73.72	1	三重県	77.58
2	山梨県	73.57	2	山梨県	76.74
2	埼玉県	73.48	3	宮崎県	76.71
4	滋賀県	73.46	4	大分県	76.60
5	静岡県	73.45	5	静岡県	76.58
全国		72.68	全国		75.38

資料：厚生労働省公表資料（2021年12月公表）

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

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

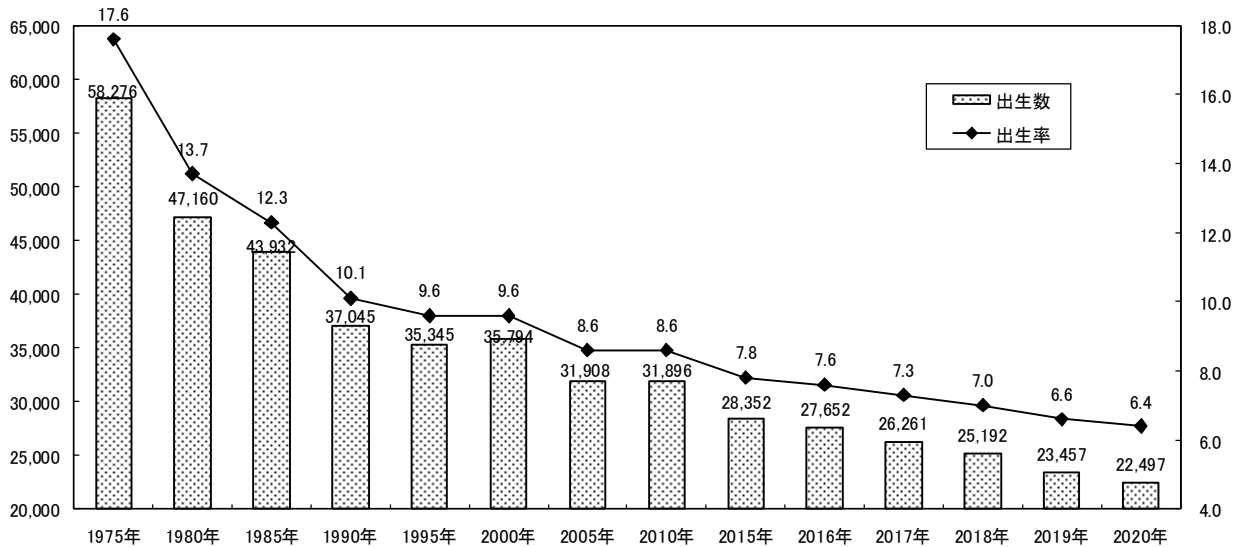
4 人口動態

(1) 出生

○2020年の出生数は2万2,497人で、出生率は人口千人当たり6.4人となっており、出生数・出生率ともに減少傾向にあります(図表2-7)。

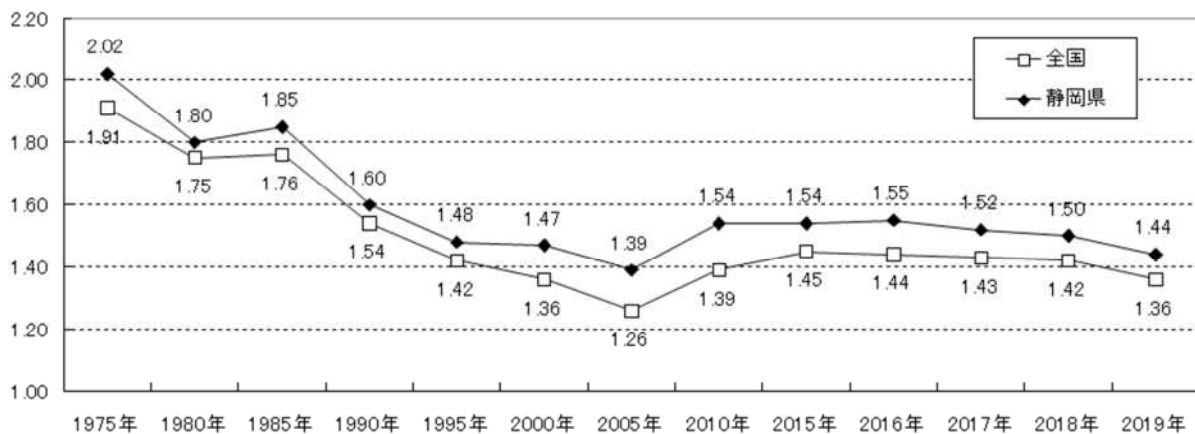
○2019年の合計特殊出生率は1.44で、全国平均の1.36を上回っています(図表2-8)。

図表2-7 出生数及び出生率の推移



(資料：厚生労働省「人口動態統計」)

図表2-8 合計特殊出生率の推移



(資料：厚生労働省「人口動態統計」)

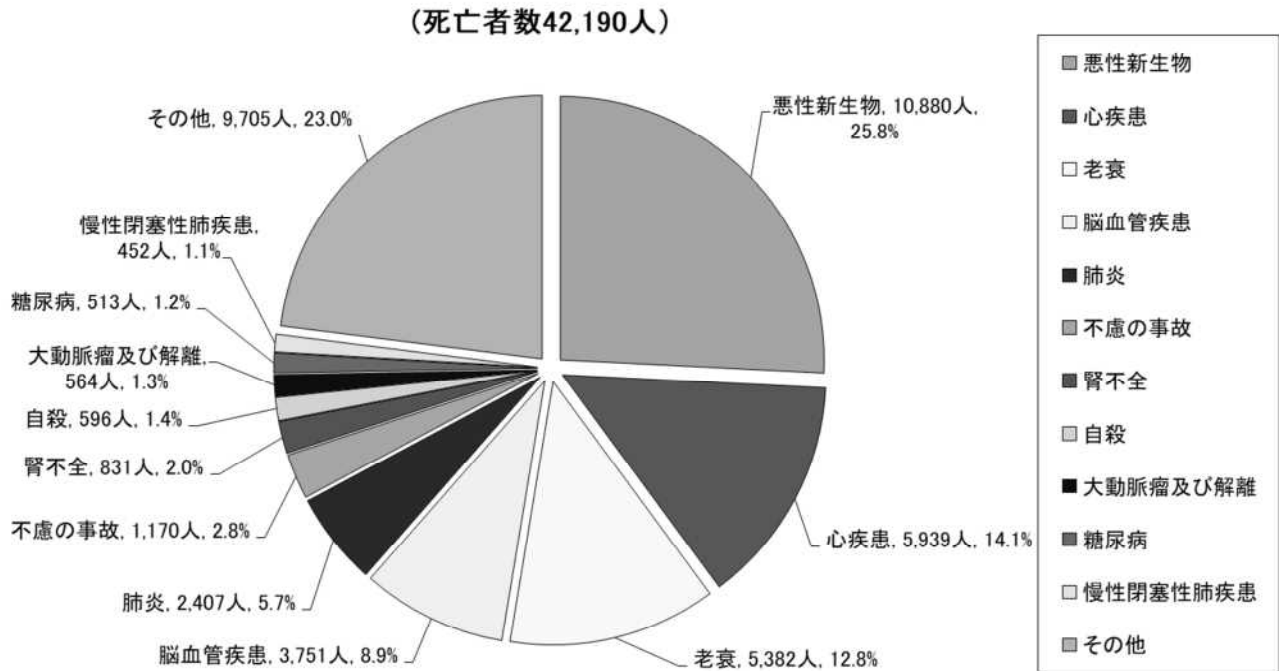
(2) 死亡

○2019年の死亡数は4万2,190人、死亡率は人口千人当たり11.9人となっています。

○2019年の死亡者の死因別状況では、悪性新生物(がん)25.8%、心疾患14.1%、脳血管疾患12.8%、老衰8.9%、肺炎5.7%の順となっており、上位3死因で、全死亡の52.7%を占めています(図表2-9)。

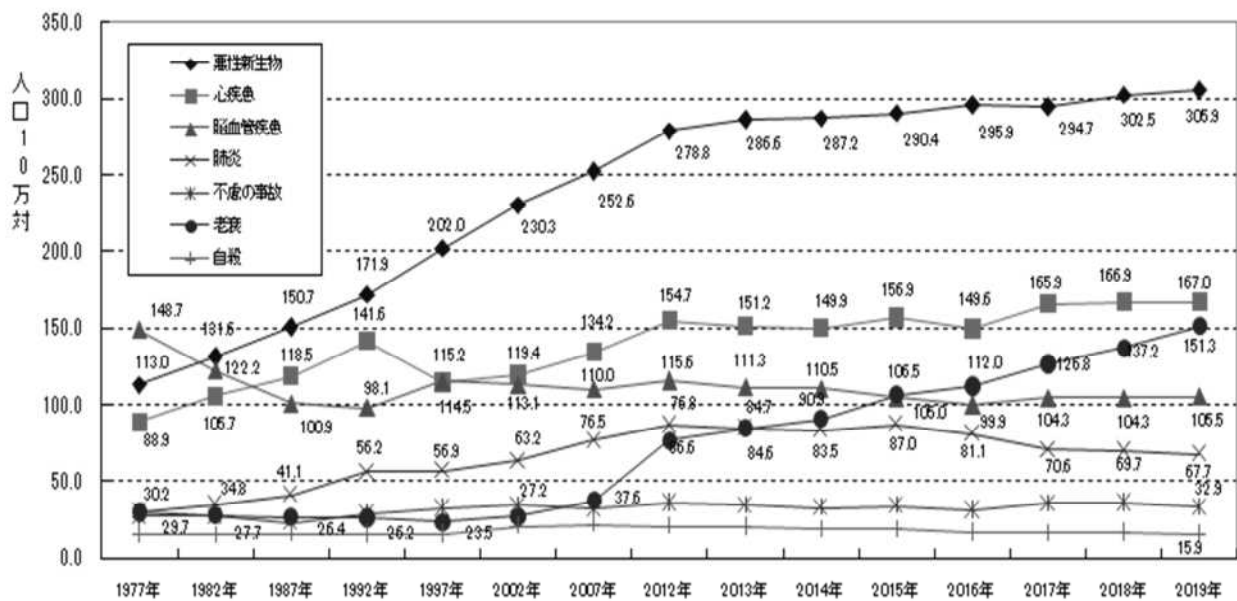
○特に、悪性新生物による死亡者数は全体の3割弱を占めており、死亡率は死因の上位1位として増加し続けています（図表2-10）。

図表2-9 本県の死因別死亡者数（2019年）



（資料：県健康福祉部政策管理局「静岡県人口動態統計（確定数）の概要」）

図表2-10 主な死因別の死亡率の推移

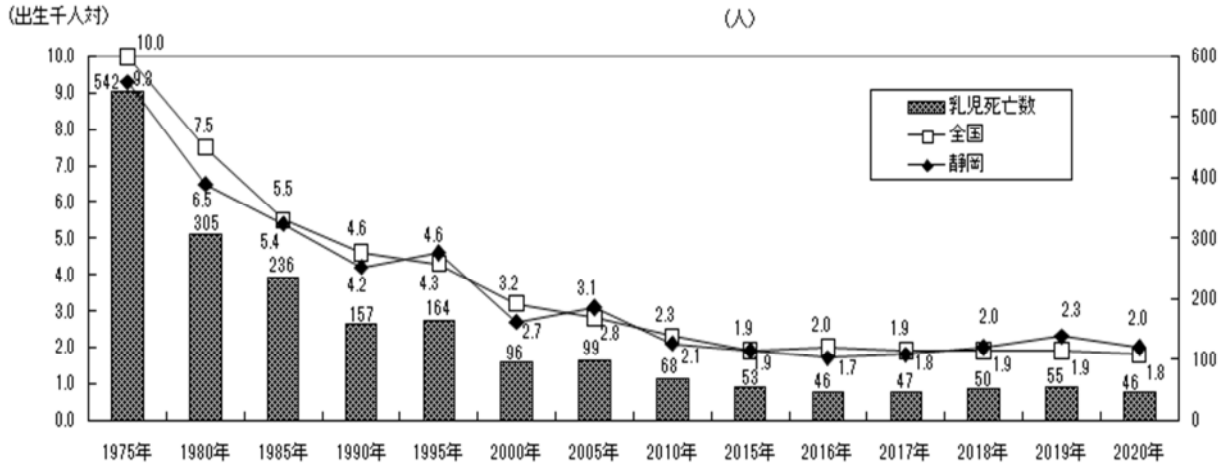


（資料：県健康福祉部政策管理局「静岡県人口動態統計（確定数）の概要」）

(3) 乳児死亡

○本県の乳児死亡率（出生千人対）は長期的には低下傾向が続いており、2020年は2.0人となっています（図表2-11）。

図表2-11 乳児死亡率及び乳児死亡数の推移



(資料：厚生労働省「人口動態統計」)

第2節 受療動向

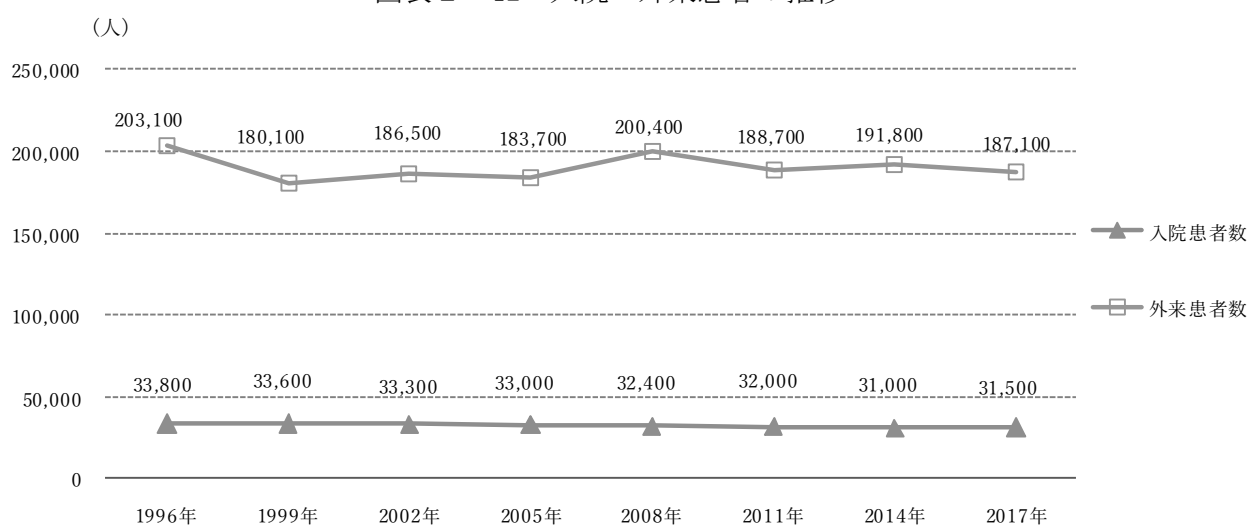
1 患者数

(1) 入院・通院患者の状況

○2017年の厚生労働省の患者調査によると、本県の推計入院患者数は3万1,500人、推計外来患者数は18万7,100人となっています³ (図表2-12)。

○外来患者については、病院での受療者数が3万7,600人(20.1%)、診療所が11万7,900人(63.0%)、歯科診療所が3万1,600人(16.9%)となっています。

図表2-12 入院・外来患者の推移



(資料：厚生労働省「患者調査」)

(2) 疾病別推計患者数

○疾病別の患者数を傷病大分類別にみると、入院については、「循環器系の疾患」が最も多く6,200人、次いで「精神及び行動の障害」が5,400人、「新生物」が3,500人(うち、「悪性新生物」が3,200人)となっています。全体の患者数としては減少傾向となりますが、その中で「神経系の疾患」「呼吸器系の疾患」の患者数は増加しています。(図表2-13)

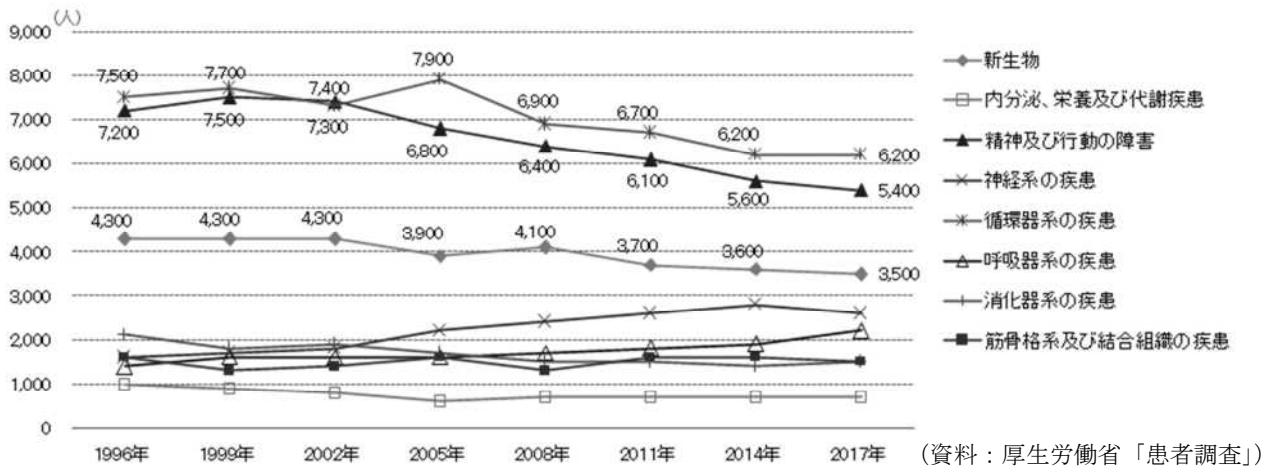
○また、外来については、「消化器系の疾患」が最も多く2万9,800人、次いで「筋骨格系及び結合組織の疾患」が2万4,900人、「循環器系の疾患」が2万3,200人となっています。(図表2-14)

³ 患者調査の推計患者数：調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数。
2017年調査では、

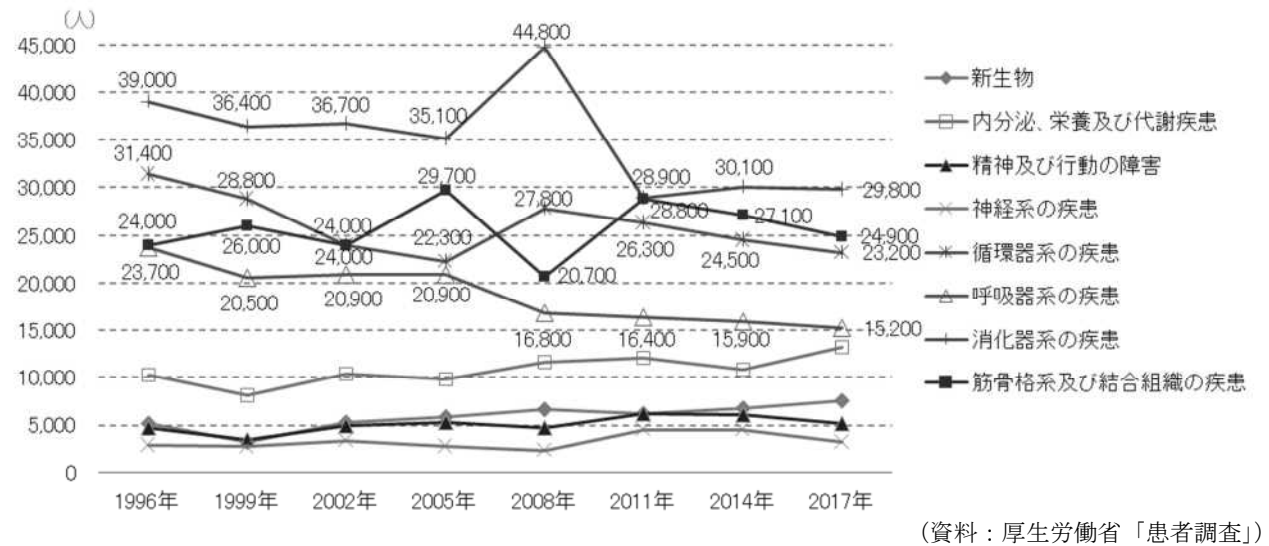
病院：2017年10月17日(火)～19日(木)の3日間のうち病院ごとに指定した1日

診療所：2017年10月17日(火)、18日(水)、20日(金)のうち診療所ごとに指定した1日

図表 2-13 疾患別推計患者数の推移（入院）



図表 2-14 疾患別推計患者数の推移（外来）

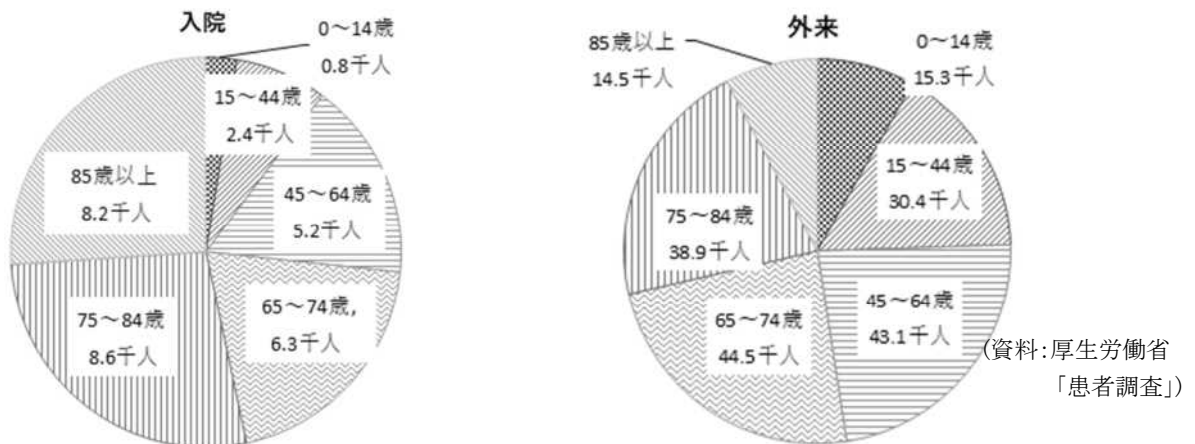


(3) 年齢階級別の推計患者数

○年齢階級別の患者数をみると、入院については、75歳～84歳が8,600人で最も多く、85歳以上が8,200人となっており、65歳以上が2万3,100人で全体の約4分の3となっています。

○外来については、65歳～74歳が4万4,500人で最も多く、次いで45歳～64歳が4万3,100人、75歳～84歳が3万8,900人となっています。65歳以上の割合は約52%となっています。

図表 2-15 年齢階級別推計患者数（入院・外来）（2017年）



2 受療率

(1) 入院受療率・外来受療率

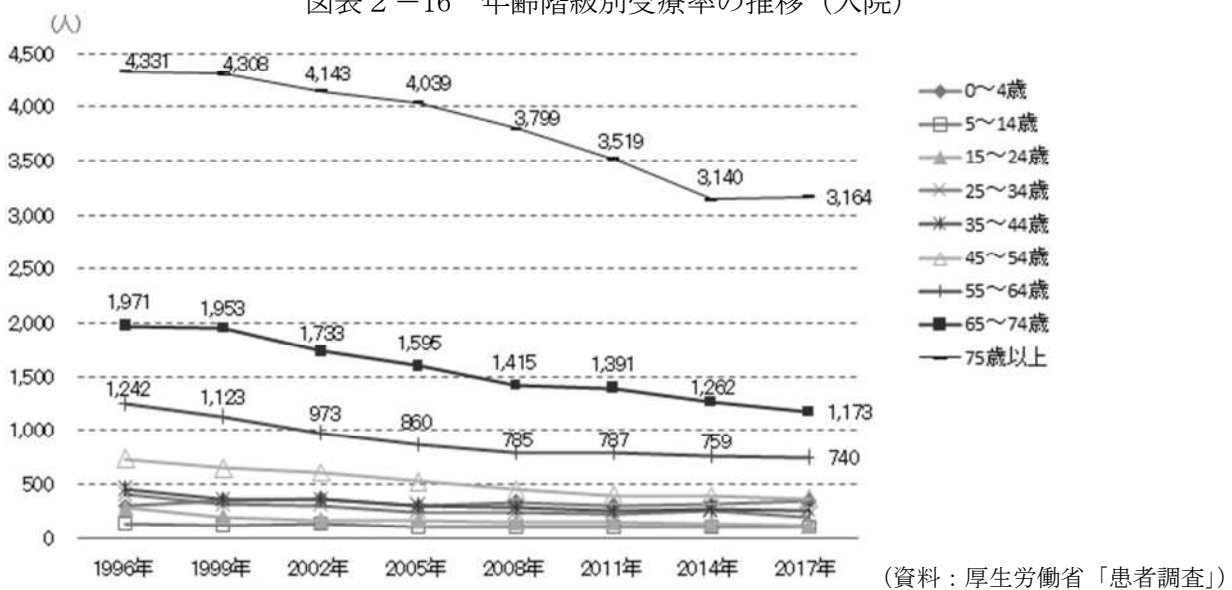
○2017年の患者調査から、本県の受療率⁴についてみると、入院受療率は857（全国平均1,036）、外来受療率は5,091（全国平均5,675）で、ともに全国平均より低くなっています（入院受療率は全国順位で低い方から7位、外来受療率は全国順位で低い方から4位）。

(2) 年齢階級別受療率

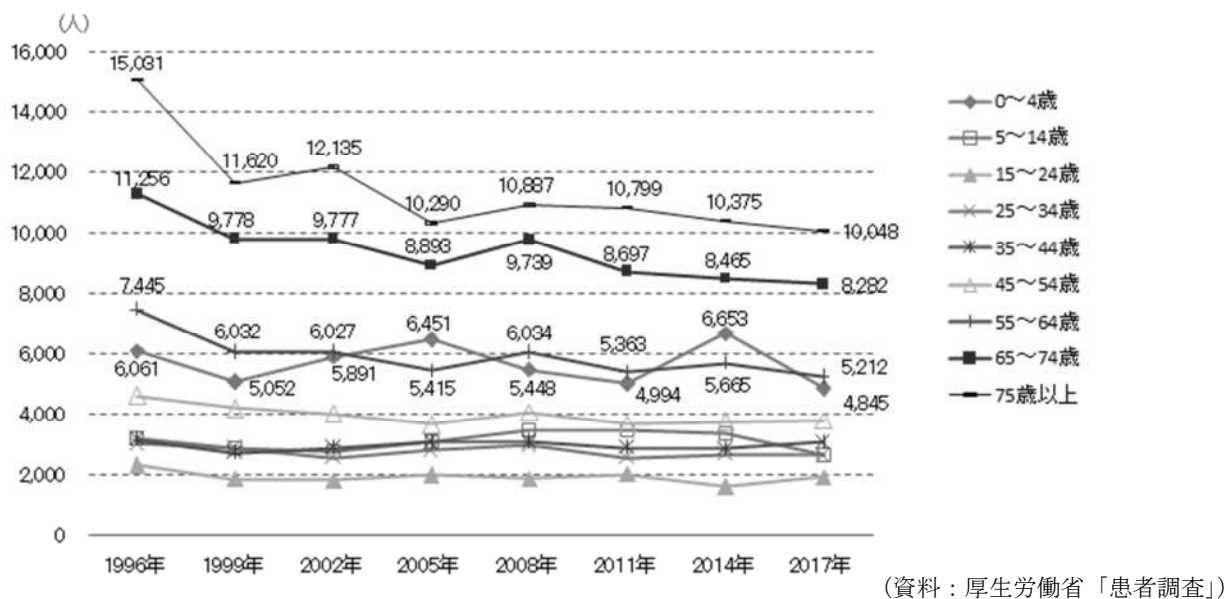
○年齢階級別に入院受療率をみると、75歳以上が3,164で最も高く、次いで65歳～74歳の1,173、55歳～64歳の740となっています。（図表2-16）

○外来受療率では、75歳以上が10,048で最も高く、次いで65歳～74歳の8,282、55歳～64歳の5,212となっています。（図表2-17）

図表2-16 年齢階級別受療率の推移（入院）



図表2-17 年齢階級別受療率の推移（外来）



⁴ 推計患者数を人口10万対であらわした数。受療率(人口10万対) = 推計患者数 / 推計人口 × 100,000

第3節 医療資源

1 病院及び診療所の概況

(1) 病院

○2021年4月1日現在、病院数は171施設、病床数は36,474床で、2016年と比較して2,387床少なくなっています（図表2-18、2-19）。

○病床の種類については、一般病床が20,947床、療養病床が8,870床、精神病床が6,517床で、人口10万人当たりの一般病床数は581.5床です。

(2) 診療所

ア 一般診療所

○2021年4月1日現在、一般診療所数は2,760施設で、このうち有床診療所が164施設あります。病床数は1,754床で、2016年と比較して541床少なくなっています（図表2-18、2-19）。

○人口10万人当たりの一般診療所数は、76.6施設です。

イ 歯科診療所

○2021年4月1日現在の歯科診療所数は、1,767施設です（図表2-18）。

○人口10万人当たりの歯科診療所数は、49.1施設です。

図表2-18 医療施設（病院・診療所）数の推移 （単位：施設）

	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
病院数	181	181	179	176	171	171
一般診療所数	2,746	2,762	2,758	2,770	2,750	2,760
有床	216	205	192	183	171	164
無床	2,530	2,557	2,566	2,587	2,579	2,596
歯科診療所数	1,806	1,792	1,797	1,782	1,777	1,767

（各年4月1日現在：県医療政策課調べ）

図表2-19 使用許可病床数の推移 （単位：床）

	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
病院	38,861	38,910	38,532	37,801	36,769	36,474
一般病床	21,083	21,142	20,885	20,986	20,938	20,947
療養病床	10,871	10,871	10,860	10,057	9,122	8,870
精神病床	6,751	6,741	6,631	6,602	6,553	6,517
結核病床	108	108	108	108	108	92
感染症病床	48	48	48	48	48	48
一般診療所	2,295	2,177	2,111	2,022	1,873	1,754
歯科診療所	3	0	0	0	0	0

（各年4月1日現在：県医療政策課調べ）

2 医療人材の概況

(1) 医師

○2018 年末における本県の医師数(医療施設従事者)は 7,690 人で、2014 年末と比べて 505 人増加しています。

○人口 10 万人当たりでは 210.2 人で、全国平均の 246.7 人と比較すると 36.5 人下回っています。

(2) 歯科医師

○2018 年末における本県の歯科医師数(医療施設従事者)は 2,400 人で、2014 年末と比べて 132 人増加しています。

○人口 10 万人当たりでは 65.6 人で、全国平均の 80.5 人と比較すると 14.9 人下回っています。

(3) 薬剤師

○2018 年末における本県の薬剤師数(薬局及び医療施設従事者)は 6,504 人で、2014 年末と比べて 621 人増加しています。

○人口 10 万人当たりでは 177.8 人で、全国平均の 190.1 人と比較すると 12.3 人下回っています。

(4) 看護師

○2018 年末における本県の就業看護師数は 32,935 人で、2014 年末と比べて 3,761 人増加しています。

○人口 10 万人当たりでは 900.1 人で、全国平均の 963.8 人と比較すると 63.7 人下回っています。

図表 2-20 医療人材の推移

(各年 12 月 31 日現在。単位：人)

		2014年	2016年	2018年
医師数 (医療施設従事者)	静岡県	7,185 (193.9)	7,404 (200.8)	7,690 (210.2)
	全国	296,845 (233.6)	304,759 (240.1)	311,963 (246.7)
歯科医師数 (医療施設従事者)	静岡県	2,268 (61.2)	2,318 (62.9)	2,400 (65.6)
	全国	100,965 (79.4)	101,551 (80.0)	101,777 (80.5)
薬剤師数(薬局及び 医療施設従事者)	静岡県	5,883 (158.8)	6,231 (169.0)	6,504 (177.8)
	全国	216,077 (170.0)	230,186 (181.3)	240,371 (190.1)
看護師数	静岡県	29,174 (787.4)	31,000 (840.6)	32,935 (900.1)
	全国	1,086,779 (855.2)	1,149,397 (905.5)	1,218,606 (963.8)

※ () 内は人口 10 万人対

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」、衛生行政報告例

第3章 地域医療構想

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で安心して生活を継続できるような、切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築するため、2014年6月に医療介護総合確保推進法が成立しました。この一括法において、医療法の中で医療計画の一部として「地域医療構想」が新たに位置づけられました。
- 地域医療構想は、構想区域ごとに、各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスの取れた医療機能の分化と連携を適切に推進することを目的とするものです。
- 本県においても、2016年3月に「静岡県地域医療構想」を策定しました。

第1節 構想区域

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

第2節 2025年の在宅医療等の必要量

- 今回の中間見直しでは、静岡県長寿社会保健福祉計画が2020年度に改定されたことに合わせ、在宅医療について見直しを行いました。なお、推計方法に変更はないため、2025年の必要量自体に変更はありませんが、必要量への対応について見直しを行いました。

1 推計方法（※計画策定時から変更無し）

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

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

2 推計結果

(1) 2025年の在宅医療等の必要量（※計画策定時から変更無し）

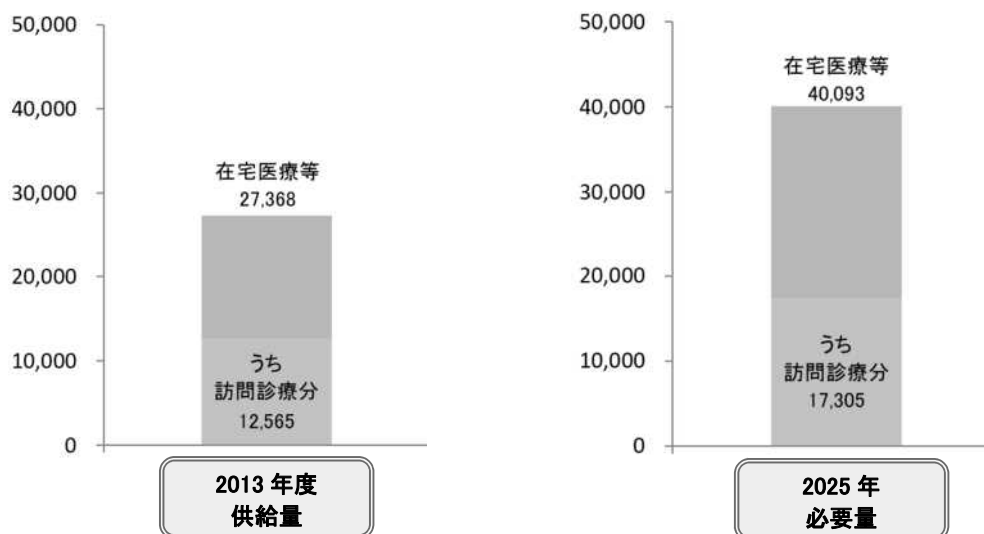
○2025年における静岡県の在宅医療等の必要量は40,093人、うち訪問診療分は17,305人と推計しました。

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

図表3-1 在宅医療等の2013年度供給量と2025年必要量の比較

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

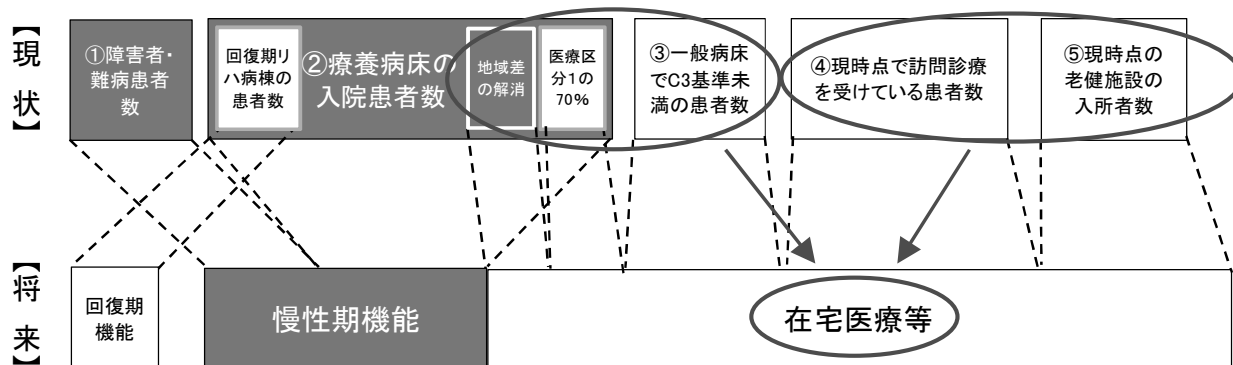
※地域差解消分にあたる患者数は、2013年度には含まれず、2025年には含まれている
 ※2013年度の値は医療機関所在地ベース



(2) 在宅医療等の必要量の内訳（※計画策定時から変更無し）

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

図表3-2 慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ



※網掛け部分は、慢性期機能として推計値に含まれている。

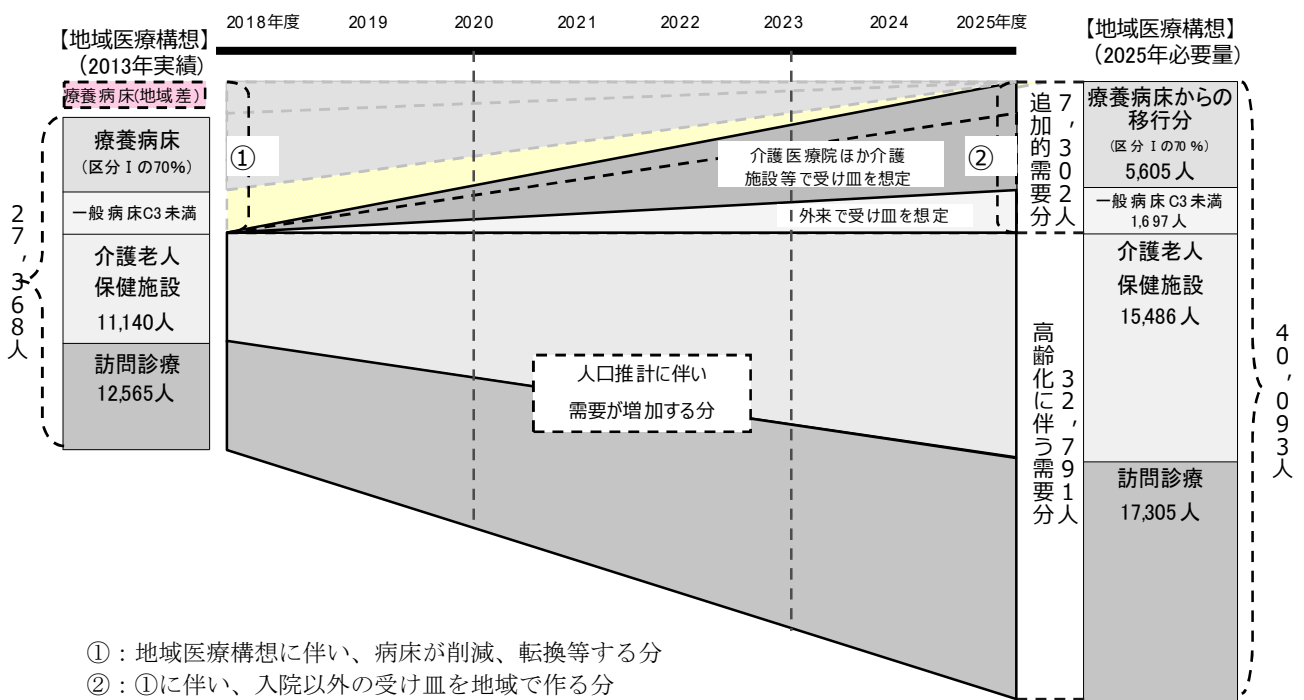
ア 追加的需要の推計（※計画策定時から変更無し）

- 医療・介護需要の増大に確実に対応していくため、県・市町、関係団体が一体となってサービス提供体制を構築していくことが重要です。
- このため、県と市町は、在宅医療等の新たなサービス必要量について、地域包括ケア推進ネットワーク会議を開催し、保健医療計画及び介護保険事業（支援）計画における整合的な整備目標・見込み量を設定しました。
- 介護保険事業計画と整合性のとれた整備目標を検討するためには、両計画の構成要素のそれぞれ

れの必要量や、市町別のデータが必要ですが、現時点においては分析可能なデータに限界があることから、一定の仮定を置いて按分や補正等を行うこととし、具体的には、以下の方法により設定しました。

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

図表3-3 地域医療構想を踏まえた2025年における在宅医療等の必要量のイメージ



イ 2025年の在宅医療等の必要量への対応

- 2025年における在宅医療等の必要量は県全体で40,093人、このうち追加的需要は7,302人、高齢化に伴う需要分は32,791人と推計されます。
- この必要量に向けて、訪問診療20,894人、介護医療院2,535人、介護老人保健施設13,179人等に対応する体制の整備を目指します。

在宅医療等必要量 2025年					提供見込み量(追加的需要分+高齢化に伴う需要分)					
追加的需要分		高齢化に伴う需要分			介護医療院	外来	介護老人保健施設	訪問診療	その他	
療養病床分	一般病床分	介護老人保健施設分	訪問診療分							
40,093	5,605	1,697	15,486	17,305	40,152	2,535	2,497	13,179	20,894	1,047

ウ 2023年度の在宅医療等の必要量への対応

- 2023年度における在宅医療等の必要量は県全体で36,758人、このうち追加的需要は5,476人、高齢化に伴う需要分は31,282人と推計されます。
- この対応に向けて、訪問診療19,336人、介護医療院2,428人、介護老人保健施設13,038人等に対応する体制の整備を目指します。

在宅医療等必要量 2023年度					提供見込み量(追加的需要分+高齢化に伴う需要分)					
追加的需要分		高齢化に伴う需要分			介護医療院	外来	介護老人保健施設	訪問診療	その他	
療養病床分	一般病床分	介護老人保健施設分	訪問診療分							
36,758	4,204	1,272	14,762	16,520	36,913	2,428	1,517	13,038	19,336	594

第4章 医療機関の機能分担と相互連携

第1節 公的病院等の役割

【対策のポイント】

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

1 公的病院等の役割

- 公的病院等（医療法第31条の公的医療機関及び5事業等において中核的な医療機能を担っている病院）は、地域における基幹的な医療機関として重要な役割を果たしています。
- 2007年4月に施行された改正医療法により、医療従事者の確保など医療の確保に関する県の施策についての公的医療機関の協力が義務付けられています。
- 県内の公的病院等は、2021年4月現在48病院で、一般病床の72.7%、全病床の45.8%を占めています。
- また、本県における自治体病院（県、市町、地方独立行政法人）が占める割合は病院数で14.4%、病床数で25.1%と全国と比較して上回っています。特に、市町村立病院の病床数の割合は、全国の8.4%に対して本県は18.9%と大きく上回っているなど、地域の医療提供体制の中で重要な役割を担っており、今後も地域医療の確保に大きな役割を果たすことが期待されます。
- 特に、新型コロナウイルスの感染拡大に際し、2021年9月末現在で病床を確保している県内42病院のうち、公的病院等は34病院で8割を超えるなど、感染患者の受入・治療を積極的に行っており、本県の新型コロナウイルス感染症対策において大きな役割を果たしています。

図表4-1 2次保健医療圏別公的病院等の状況（2021年4月1日現在）

区分 医療圏名	公的病院等				計	公的病院等病床数			
	公的医療機関 (法第31条)			その他		一般病床		全病床	
	県	市町	日赤 済生会 厚生連						
賀茂		1		1	2	238	(50.0%)	242	(19.9%)
熱海伊東		1			1	250	(34.5%)	250	(24.4%)
駿東田方	1	1	4	3	9	2,037	(45.1%)	2,256	(30.1%)
富士		3			3	1,059	(63.2%)	1,167	(34.5%)
静岡	3	2	4	2	11	3,886	(86.4%)	4,310	(58.3%)
志太榛原		4			4	1,825	(76.4%)	1,930	(51.6%)
中東遠		6			6	1,572	(96.9%)	1,740	(49.0%)
西部		4	3	5	12	4,370	(86.5%)	4,803	(55.4%)
合計	4	22	11	11	48	15,237	(72.7%)	16,698	(45.8%)

※病床欄の（ ）書きは、圏域内の病床数に対する割合。

資料：県医療政策課調べ

図表 4-2 自治体病院数 (2017年10月1日現在)

	総数	自治体病院				
		都道府県立	市町村立	地方独立 行政法人	計	比率(%)
静岡県	180	1	21	4	26	14.4
全国計	8,412	198	627	102	927	11.0

(出典:厚生労働省「医療施設調査」)

図表 4-3 自治体病院の病床数 (2017年10月1日現在)

	総数	自治体病院							
		都道府県立		市町村立		地方独立行政法人		計	
		実数	比率(%)	実数	比率(%)	実数	比率(%)	実数	比率(%)
静岡県	38,673	615	1.6	7,296	18.9	1,777	4.6	9,688	25.1
全国計	1,554,879	53,258	3.4	130,230	8.4	40,163	2.6	223,651	15.0

※厚生労働省「医療施設調査」

図表 4-4 県内で新型コロナウイルス感染症の病床を確保している病院数及び確保病床数
(2021年9月30日現在)

	総数	うち公的病院等	比率(%)
病院数	42	34	81.0
確保病床数	736	635	86.3

第5章 疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制の構築

第1節 疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制

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

1 記載項目

(1) 現状、課題、対策及び医療連携体制

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

(2) 医療体制図

- 2次保健医療圏等地域の医療機関がどのような役割を担うのかを医療体制図として記載しています。
- なお、疾病又は事業ごとの医療連携体制を担う医療機関の名称は、ホームページにて公表しています。
- また、2次保健医療圏等を構成する市町は、図表5-1のとおりです。

図表 5 - 1 2次保健医療圏等構成市町

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

第2節 疾病

1. がん

【対策のポイント】

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

【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
がん検診精密検査受診率	胃がん	77.5% (2014年)	73.0% (2017年)	90%以上	・肺がん、大腸がん、子宮頸がんについては目標に向け数値が改善
	肺がん	75.1% (2014年)	81.8% (2017年)		
	大腸がん	65.6% (2014年)	65.9% (2017年)		
	乳がん	81.3% (2014年)	74.0% (2017年)		
	子宮頸がん	44.4% (2014年)	60.5% (2017年)		
対県標準化死亡比 最大の地域と最小の地域の 比較倍率		1.36倍 (2011～15年)	1.27 (2014～18年)	1.20倍	目標に向け数値が改善
がん患者の就労支援に関する 研修受講者数		47人 (2016年度)	累計183人 (2020年度)	累計300人 (2021年度)	目標に向け数値が改善

(1) 現状と課題

ア がんの現状

- がんは、ゲノム¹に傷が付くことによりできた、異常な細胞が増殖し（がん化）、血管などに入り込んで体内に広がり（転移）、周囲の正常な細胞を破壊していくことにより、体を衰弱させる疾患です。
- がんは、基本的にすべての臓器、組織で発生しますが、代表的なものとして、胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮がん等の上皮細胞（組織の表面で上皮を形成する細胞）のできるものや、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫等の造血器（血球を作る機能を持つ器官）のできるもの及び全身の骨や軟部組織（脂肪、筋肉、神経など）から発生する肉腫などがあります。
- がんは、県民の疾病による死亡の最大原因となっていることから、全ての県民ががん対策に参加することにより、生涯にわたって健やかに安心して暮らせる「ふじのくに」づくりを目指して、2014年12月に静岡県がん対策推進条例を制定し、2017年に改正しました。

¹ ゲノム：遺伝子をはじめとした遺伝情報の全体

○本条例と2018年3月策定の静岡県がん対策推進計画（第3次）に基づき、総合的ながん対策を推進します。

イ 本県の状況

（がんによる死亡の状況）

○本県では、1982年以降、がんが死亡原因の第1位となっており、年間1万人以上の県民ががん で亡くなっています。2019年の死亡率(人口10万人に対する死亡者の割合)は297.8、死亡数 全体に占める割合は25.8%と、約4人に1人ががんで命を落としていることとなります。

○全国と比較した本県におけるがん全体の標準化死亡比は95.0であり、有意に全国を下回って います。圏域別では、静岡保健医療圏以西では全ての圏域で全国を下回っており、西に行くほ ど低くなっています。しかし、駿東田方医療圏以東では、全ての圏域で全国を上回っています。

（たばこ対策）

○成人の喫煙率は、2018年に18.6%で、減少傾向にあります。

（がん検診受診率等）

○本県のがん検診の受診率は、2019年で胃がん42.9%、肺がん52.1%、大腸がん44.7%、乳が ん46.6%、子宮頸がん44.0%となっています。

○2017年度の市町が行ったがん検診で要精密検査となった者のうち、精密検査を受けた者の割 合は、胃がん検診73.0%、肺がん検診81.8%、大腸がん検診65.9%、乳がん検診74.0%、子 宮頸がん検診60.5%でした。

○2020年度の市町がん検診受診者数は延べ864,970人であり、前年度比85.3%と減少しました。 新型コロナウイルス感染症の影響による、がん検診受診率の低下が懸念されます。

（がん医療提供体制）

○県民がどこに住んでいても質の高いがん医療が受けられる体制の整備を進めており、2020年 4月1日現在、国指定病院として「都道府県がん診療連携拠点病院²」が1施設、「地域がん診療 連携拠点病院（高度型）³」が2施設、「地域がん診療連携拠点病院⁴」が7施設、「地域がん診療 病院⁵」が2施設指定され（以下、これら国指定病院をあわせて「拠点病院等」という。）、県指 定病院として「静岡県地域がん診療連携推進病院⁶」を8施設（以下、「県推進病院」という。）、 「がん相談支援センター設置病院⁷」を2施設指定している。上記以外に、国指定病としてそれぞ

² 都道府県がん診療連携拠点病院：都道府県内においてがん医療の中心的役割を果たすよう厚生労働大臣が指定する病院で、原則として各都道府県に1施設指定されている。専門的ながん医療を提供するとともに、都道府県内のがん診療の連携協力体制の整備やがんに関する相談支援を担う。

³ 地域がん診療連携拠点病院（高度型）：同一保健医療圏の地域がん診療連携拠点病院のうち、診療実績が最も優れている病院。

⁴ 地域がん診療連携拠点病院：保健医療圏内でがん医療の中心的役割を果たすよう厚生労働大臣が指定する病院で、専門的ながん医療を提供。

⁵ 地域がん診療病院：がん診療連携拠点病院が無い保健医療圏に厚生労働大臣が指定する病院。隣接する圏域のがん診療連携拠点病院と連携して専門的ながん医療を提供する。

⁶ 静岡県地域がん診療連携推進病院：拠点病院等とその同一保健医療圏で連携してがん診療に携わり、地域がん診療病院に準ずるがん診療機能を有する、静岡県知事が指定する病院。

⁷ がん相談支援センター設置病院：賀茂・熱海伊東医療圏のうち、がんの相談支援を行う機能を有する部門を設置する、静岡県知事が指定する病院。

れ1病院が「がんゲノム医療中核拠点病院⁸」及び「小児がん拠点病院⁹」に指定されています。

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

○2019年の県内のがん治療認定医の数は417人、人口10万人当たり11.2人で、全国平均の12.9人より少なく、がん専門看護師数は25人、人口10万人当たり0.7人で、全国平均の0.6人より多く、がん専門薬剤師数は16人、人口10万人当たり0.4人で、全国平均の0.5人より少なくなっています。

○2018年7月、国のがん診療提供体制の整備指針の見直しにより、がん医療の更なる充実や病院と地域との連携、医療安全、拠点病院の指定の考え方などが示され、拠点病院等の指定要件が厳格化されるとともに、地域がん診療連携拠点病院のうち、都道府県知事はその診療機能等が高く、地域内で中心的役割を果たすものとして推薦する医療機関について、地域がん診療連携拠点病院（高度型）として指定の類型が創設されました。

（がんゲノム医療）

○県立静岡がんセンターにおいて、手術で取り出したがん組織や血液中の細胞から遺伝子変異及びタンパク質や代謝産物の変化等の解析を行い、新しいがん診断・治療開発につなげるプロジェクトHOPE(High-tech Omics-based Patient Evaluation)が2014年から開始され、2021年12月末までに約8,000例の解析を行っています。

（支持療法）

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

（希少がん、難治性がん）

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

（小児がん、AYA世代10のがん、高齢者のがん）

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

○2019年4月1日、県立こども病院が国から「小児がん拠点病院」として指定されています。

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

⁸ がんゲノム医療中核拠点病院：全国のがんゲノム医療の中核となる施設として厚生労働大臣が指定する病院。2020年4月1日現在、全国に12施設指定されている。

⁹ 小児がん拠点病院：地域において小児がん医療及び支援を提供する中心施設として厚生労働大臣が指定する病院。地域ブロック単位（静岡県：東海北陸ブロック）で全国に15施設指定されている。

¹⁰ AYA世代：おおよそ15歳から40歳の思春期・若年成人の世代を指す。AYAはAdolescent and Young Adultの略。

○人口の高齢化が進行するとともに、がん患者に占める高齢者の割合が増えていますが、体力の低下や認知症などの併存疾患のため標準的治療が難しい場合もあります。

(がんのリハビリテーション)

○がん患者の早期社会復帰や療養生活の質の向上を図るため、リハビリテーションの提供体制の整備を進めており、がん患者リハビリテーション料の施設基準の届出を行っている病院は、2019年度で44施設となっており、全保健医療圏にあります。

(在宅医療の充実)

○がん患者のうち、在宅で亡くなっている人の割合は、2019年は20.0%で、6年間で約10.4ポイント上昇しました。

○がんと診断された時から、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対する専門的な緩和ケアを提供できるよう、拠点病院等及び推進病院において、がん診療に携わる医師等を対象に研修を行い、2020年度までの医師の修了者数は累計3,327人となっています。

(就労支援)

○がん患者の就労継続や再就労を支援するため、ハローワーク等関係機関と連携した就労支援が実施できる拠点病院等及び推進病院は、2020年度で14施設となっています。

ウ 医療提供体制

(ア) がんの予防・がんの早期発見

○喫煙及び受動喫煙は、様々ながんの原因と考えられています。そのため、がんを予防するためには、禁煙及び受動喫煙防止などのたばこ対策をより一層推進する必要があります。

○がん検診は、市町や健康保険組合等で行われており、県民は、がんの早期発見、早期治療につながる重要な検査と認識が深まったことにより、胃がん、肺がん及び大腸がんの検診の受診率は、当面の目標40%に達成したものの、乳がん、子宮頸がんについては、目標の50%には達成していないため、更に受診率の向上を図る必要があります。

○市町が行っているがん検診の精密検査の受診率は、がんの種類によって差があり、がんの早期発見を促進するためには、どのがんについても高い精密検査受診率を維持する必要があります。

○早期のがんを適切に診断するためには、検診が正しく行われているかを評価し、不備な点を改善する「精度管理」を徹底する必要があります。

(イ) がんの医療提供体制

○拠点病院等は、各保健医療圏において、県民に対して適時適切ながん医療を提供できるよう、更なる質の向上を図っていく必要があります。

○拠点病院等がない賀茂医療圏については、地域の実情に合わせたがん医療の拠点となる病院の整備と、隣接する圏域の拠点病院等との更なる連携が必要となっています。

(ウ) がんの治療・支援

○個々のがん患者に最適なゲノム医療を提供する体制を構築する必要があります。

○県内のがん治療を行う全ての医療機関においてがんと診断された時から、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対する緩和ケアを、がん治療と並行して実施するほか、がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症に対応する支持療法を提供することで、がん患者のQOLを高め、社会復帰を早める必要があります。

○希少がん・難治性がんについて、正確な診断とエビデンスに基づいた標準的な治療ができる診

療提供体制の整備が必要です。

- 成長期にある小児の特性に十分配慮した、教育環境を含む小児がん患者の療養環境の確保、治療終了後の晩期合併症への対応も含めた長期フォローアップの継続と成人診療科への円滑な移行、更には、小児がん患者に対する緩和医療提供体制が必要です。
- AYA 世代のがん患者について、その診療体制の整備と相談、就学・就労、生殖機能温存等に関する支援体制の充実を図っていく必要があります。なお、2019 年度より、40 歳未満のがん患者を対象とした、生殖機能温存治療に係る費用への助成制度を創設しております。
- 高齢者のがん治療に関して、国が策定する高齢者のがん診療に関するガイドライン等の状況を踏まえ、検討していく必要があります。
- がん患者の早期社会復帰等を推進するため、がん患者に適切なりハビリテーションを提供できる病院を増やしていく必要があります。
- 在宅療養のニーズに応えられるように、がん患者が安心して在宅療養できる地域での体制整備を更に進めていく必要があります。
- 在宅緩和ケアを推進するためには、病院と診療所、訪問看護ステーション、薬局等との連携を進めるほか、かかりつけ医、看護師、かかりつけ薬局の薬剤師等が、在宅緩和ケアのスキルを高めていく必要があります。
- がん患者を取り巻く就労環境は厳しく、就労の継続及び再就労が困難な状況にあることから、がん患者に対する就労支援の充実強化を図っていく必要があります。

(2) 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	
がん検診精密 検査受診率	胃がん	73.0% (2017 年)	90%以上	国の第3期がん対策推進基本計画の目標値の90%と同じ値を設定。	地域保健・健康増進事業報告
	肺がん	81.8% (2017 年)			
	大腸がん	65.9% (2017 年)			
	乳がん	74.0% (2017 年)			
	子宮頸がん	60.5% (2017 年)			
対県標準化死亡比 最大の地域と最小の地域の 比較倍率	1.27 (2014～18 年)	1.20 倍	がんで亡くなる県民の地域差を1.2 倍以内に下げるように設定	静岡県市町別健康指標	
がん患者の就労支援に関する 研修受講者数	28 人 (2020 年度)	毎年度 40 人	年間 40 人を養成	県疾病対策課 調査	

イ 施策の方向性

(ア) がん予防

- 青少年を対象とした喫煙防止教育を含め、県民に対し、喫煙が及ぼす健康への影響などに関する正しい知識の一層の啓発を図ります。

- 多くの人が集まる公共的な施設、飲食店や職場等の受動喫煙防止対策が図られるよう関係機関に働きかけます。
- 市町と連携して、個別の受診勧奨・再勧奨や、企業と連携し職域で受診機会のない者への啓発を進めるとともに、がん検診と特定健診の同時実施や休日検診の実施等、受診者の利便性の向上を図ります。
- 静岡県がん検診精度管理委員会での協議結果を踏まえた、がん検診従事者を対象とした各種講習会や研修会を開催することにより、検診従事者の資質向上を図るなど、がん検診の精度の向上を進めます。

(イ) がんの医療提供体制

- 拠点病院等がない賀茂医療圏に、地域がん診療病院又は県推進病院の設置を進めます。
- 国及び県指定病院のいずれにおいても、継続して指定要件を充足できるよう支援を行うとともに、更なる機能強化が図られるよう、施設・設備整備への助成や人材の養成などを進めます。

(ウ) がんの治療・支援

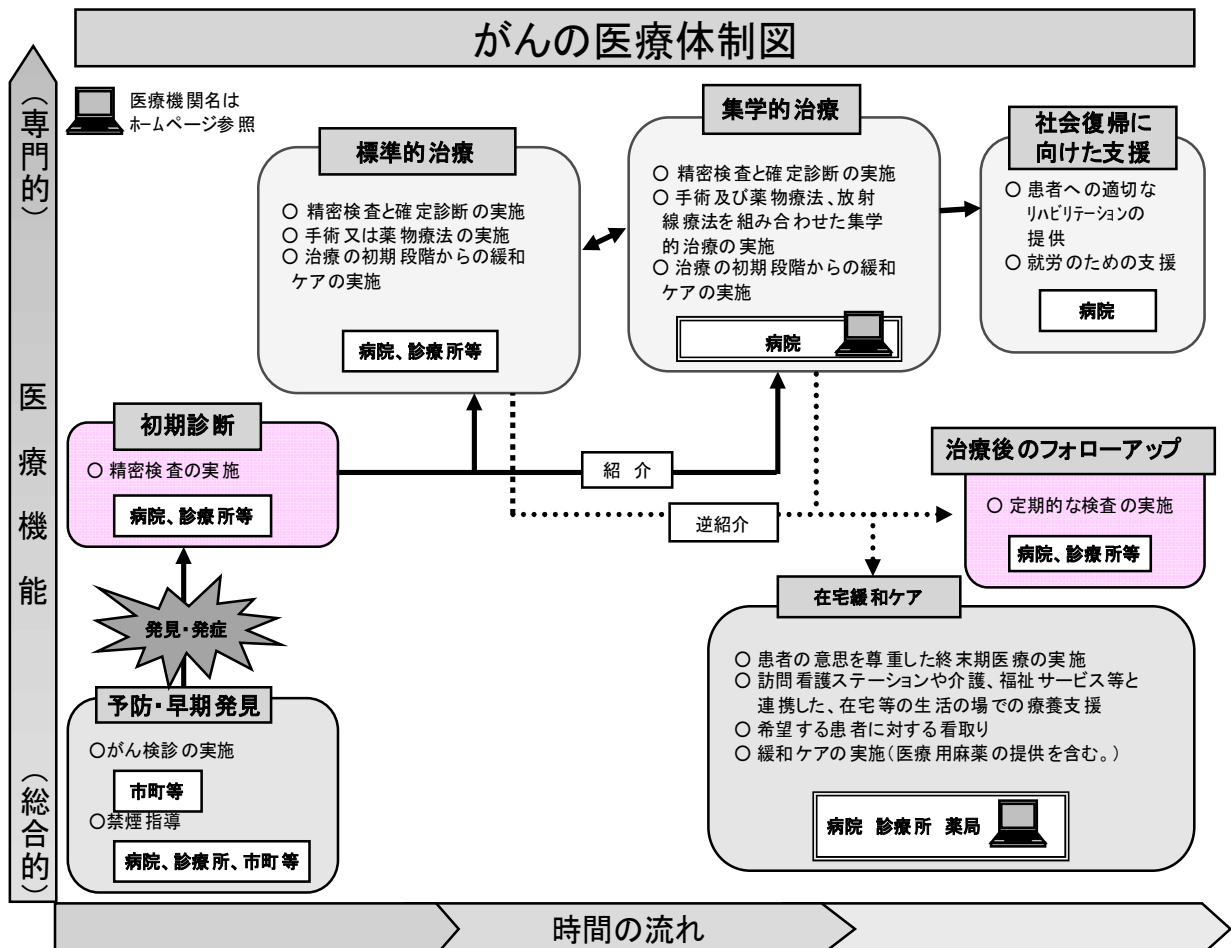
- がんゲノム医療中核拠点病院に指定されている県立静岡がんセンターを中心として、県内のがんゲノム医療体制の構築を進めます。
- 県立静岡がんセンター及び県歯科医師会等との連携を深め、引き続き、がん患者の口腔ケアに対応できる歯科医師の養成を推進するとともに、拠点病院等やがん治療を行う医療機関と院内外の歯科医師との連携による口腔ケアの実施体制の充実を図ります。
- 小児がん拠点病院に指定されている県立こども病院を中心として、学校との連携による小児がん患者の復学支援や臨床心理士等による心理的な支援を行うとともに、成人診療科への移行を含めた患者の長期フォローアップや在宅も加えた緩和ケアについて、地域の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

- 拠点病院等及び県推進病院における緩和ケアチーム等の体制整備や質の向上を図るとともに、拠点病院等及び県推進病院以外での緩和ケアの体制についても、緩和ケア研修会等を通じて、整備を進めます。
- 拠点病院等及び県推進病院とかかりつけ医や薬局薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等の連携による地域の在宅緩和ケアの実施体制の整備を進めるとともに、緩和ケア研修の内容の充実に向け、県医師会や、県薬剤師会等と連携を進めます。
- 「静岡県がん患者就労支援協議会」（患者団体、事業所、医療機関）での「がん患者（体験者）の就労支援策についての提言」を踏まえ、地域の関係者による就労支援体制の構築、拠点病院等及び県推進病院で労働局等と連携した就労相談体制の整備などを通じて、がん患者の治療と職業生活の両立支援を進めていきます。
- がん登録のデータを、がん対策の施策立案と評価に活用します。

(3) 「がん」の医療体制に求められる医療機能

	予防・早期発見	がん診療機能	在宅療養支援機能
ポイント	<ul style="list-style-type: none"> ○ 喫煙やがんに関連するウイルスの感染予防 ○ 科学的根拠に基づくがん検診の実施、がん検診の精度管理・事業評価の実施、がん検診受診率の向上 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 精密検査や確定診断の実施 ○ 患者の状態やがんの病態に応じて、診療ガイドラインに準拠した手術療法、放射線療法及び薬物療法等や、これらを組み合わせた集学的治療を実施 ○ がんと診断された時からの緩和ケアの実施 ○ がん治療の合併症の予防や軽減 ○ 治療後のフォローアップ ○ 多職種でのチーム医療の実施 ○ 周術期や薬物療法、放射線治療における口腔管理 	<ul style="list-style-type: none"> ○ がん患者やその家族の意向を踏まえ、在宅等の生活の場での療養を選択できるようにする ○ 在宅緩和ケアの実施(医療用麻薬の提供を含む)
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院、診療所、市町等による禁煙指導、禁煙治療や喫煙対策 ・ 全国がん登録等の情報の利用等によるがんの現状把握 ・ 市町による科学的根拠に基づくがん検診の実施と受診勧奨 ・ 要精検者が確実に医療機関を受診するように連携体制を構築 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 血液検査、画像検査(エックス線検査、CT、MRI、核医学検査、超音波検査、内視鏡)及び病理検査等実施 ・ 病理診断や画像診断等の実施 ・ 患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法及び薬物療法等や、これらを組み合わせた集学的治療の実施 ・ がんの診断時から緩和ケアの実施 (以下は、がん拠点病院の対応) ・ キャンサーボードの設置、月1回以上の開催 ・ 患者とその家族の意向に応じて、専門的な知識を有する第三者の立場にある医師の意見を求めることができるセカンドオピニオンの実施 ・ 相談支援の体制を確保し、情報の収集・発信、患者・家族の交流の支援等を実施(小児・AYA世代のがん、希少がん、難治性がん等に関する情報を含む)。 ・ 仕事と治療の両立支援や就職支援、がん経験者の就労継続支援取組をがん患者に提供できるよう周知 ・ がん治療の合併症予防や軽減を図るため、周術期の口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関と連携 ・ 地域連携支援の体制を確保するため、病院間の役割分担を進めるとともに、研修、カンファレンス、診療支援、地域連携クリティカルパス等の活用や、急変時の対応も含めて、他のがん診療機能や在宅療養支援機能を有している医療機関等との連携 ・ 院内がん登録の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 24時間対応が可能な在宅医療の提供 ・ がん疼痛等に対する緩和ケアの実施 ・ 看取りを含めた人生の最終段階におけるケアを24時間体制で提供 ・ がん診療機能を有する医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携(地域連携クリティカルパスを含む) ・ 医療用麻薬の提供

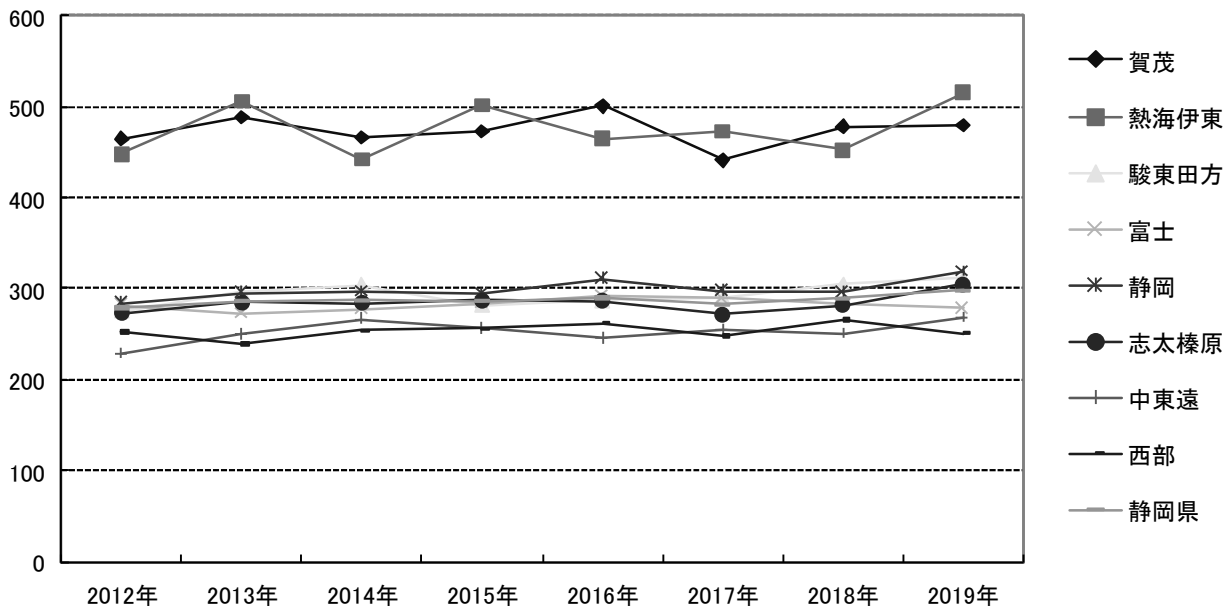
(4) 「がん」の医療体制図



(5) 関連図表

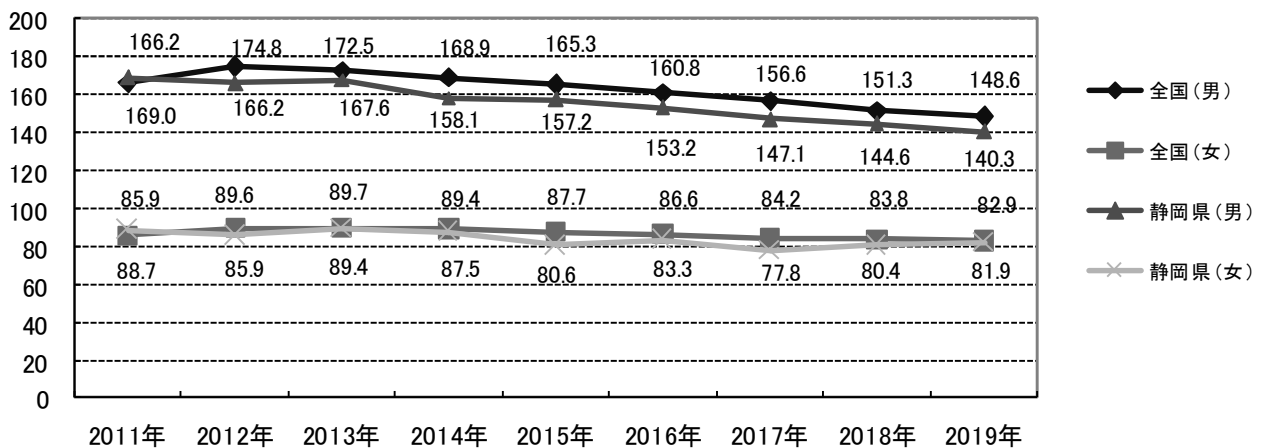
○ がんによる人口 10 万人対死亡数

医療圏	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年
賀茂	464.8	488.3	466.6	473.1	501.0	441.5	478.4	479.5
熱海伊東	448.2	505.8	442.3	501.6	465.0	473.2	452.1	516.0
駿東田方	275.5	295.7	304.3	281.9	286.9	289.9	305.1	311.4
富士	282.3	272.5	277.2	284.3	292.1	289.2	284.4	278.5
静岡	284.1	295.2	296.3	294.3	310.6	297.0	295.8	318.7
志太榛原	273.4	284.6	284.1	288.1	286.5	272.2	281.9	305.7
中東遠	228.6	249.8	266.8	256.5	245.3	254.0	250.4	268.3
西部	252.4	239.3	254.2	256.5	262.1	248.3	265.8	251.0
静岡県	278.8	286.6	287.2	286.1	289.8	282.8	289.5	297.8



(出典：静岡県人口動態統計より算出)

○ がんによる年齢調整死亡率(人口 10 万人当たり)の推移



出典：厚生労働省「人口動態統計」より算出)

○ がんに関する各医療機能を担う医療機関数（2020年11月6日現在）

医療圏	集学的治療	ターミナルケア		
		病院(緩和ケア病棟を有する)	診療所	薬局
賀茂	0	0	3	10
熱海伊東	0	0	9	17
駿東田方	4	2	28	142
富士	2	0	10	90
静岡	7	0	52	153
志太榛原	4	0	16	99
中東遠	2	0	26	113
西部	8	1	41	135
静岡県	27	3	185	759

(出典：県健康福祉部調べ)

○ 悪性腫瘍手術、放射線治療、外来化学療法の実施件数(2017年)

指標名	静岡県	二次保健医療圏							
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
病院における悪性腫瘍手術の実施件数	1,937	5	30	391	74	374	156	539	368
一般診療所における悪性腫瘍手術の実施件数	28	-	-	12	-	2	9	1	1
放射線治療(体外照射)の実施件数	5,496	-	20	477	312	1,355	972	647	1,713
放射線治療(組織内照射)の実施件数	10	-	-	4	-	3	-	2	1
病院における外来化学療法の実施件数	7,929	11	74	2,561	232	1,354	611	768	2,318
一般診療所における外来化学療法の実施件数	81	-	-	43	-	3	12	-	23

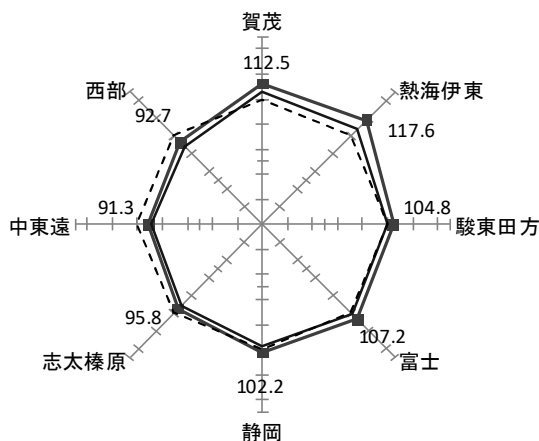
(出典：厚生労働省「医療施設調査」)

○標準化死亡比 (SMR¹¹) : がん総数、胃、結腸、直腸 S 状結腸

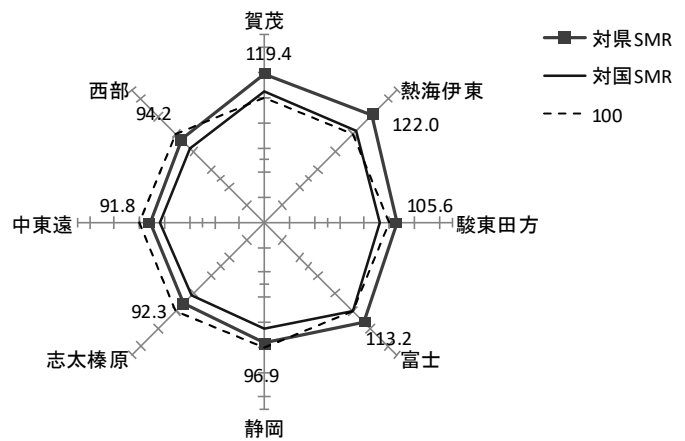
2014年-2018年	悪性新生物							
	総数		胃		結腸		直腸S状結腸移行部及び直腸	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	112.5	106.5	119.4	105.4	105.4	99.9	98.0	97.5
熱海伊東	117.6	107.2	122.0	103.2	128.5	118.0	152.7	146.6
駿東田方	104.8	99.8	105.6	91.8	105.9	102.3	100.5	100.0
富士	107.2	101.3	113.2	99.9	113.1	107.5	119.9	118.5
静岡	102.2	96.7	96.9	85.6	100.7	95.6	103.6	102.5
志太榛原	95.8	91.5	92.3	82.4	95.4	90.9	102.1	101.9
中東遠	91.3	89.2	91.8	84.0	88.7	86.6	81.2	82.9
西部	92.7	88.5	94.2	84.2	91.0	86.8	86.9	86.9
静岡県	100.0	95.0	100.0	88.8	100.0	95.1	100.0	99.4

※網掛けは有意に多い。

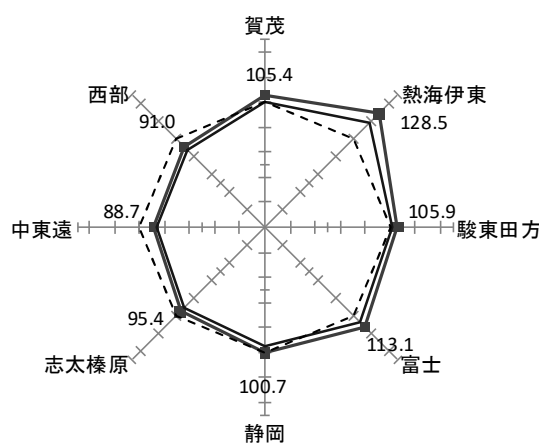
【 総数 】



【 胃 】

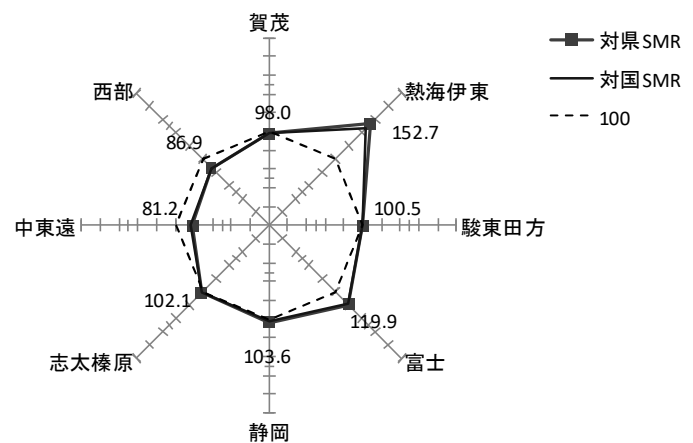


【 結腸 】



※図中の数値は対県 SMR

【 直腸 S 状結腸移行部及び直腸 】



(出典：静岡県総合健康センター「静岡県市町別健康指標」)

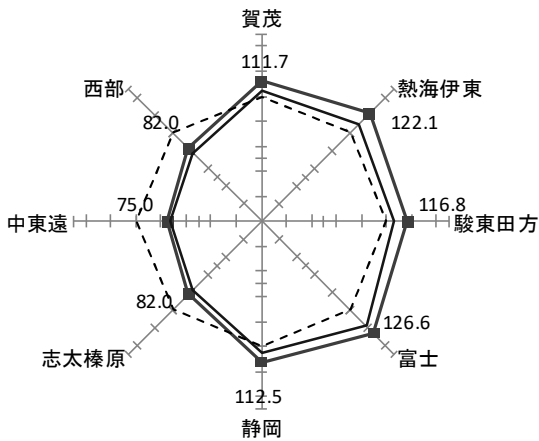
¹¹ 標準化死亡比 (SMR) : 国または県の年齢構成を市町に当てはめた際に、計算される死亡数と実際の市町での死亡数を比較したもの。数値が 100 より大きい場合は、国や県よりも死亡者が多い。

○標準化死亡比 (SMR) : 肝、肺、乳房、子宮

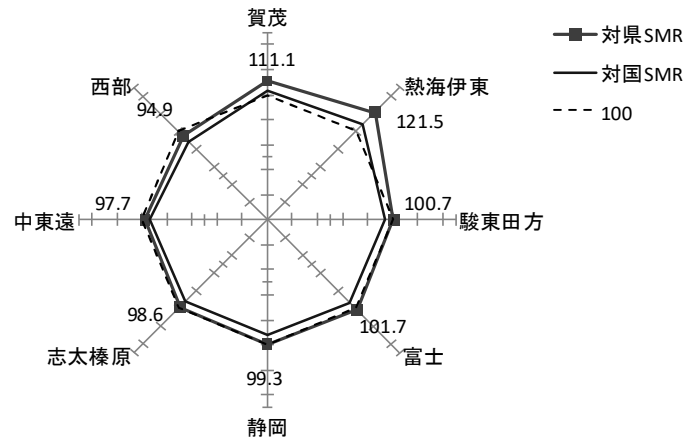
2014年-2018年	悪性新生物							
	肝及び肝内胆管		気管、気管支及び肺		乳房		子宮	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	111.7	104.4	111.1	102.7	104.1	99.5	137.3	137.4
熱海伊東	122.1	109.6	121.5	107.1	143.9	140.3	123.9	126.5
駿東田方	116.8	106.4	100.7	93.5	104.0	102.0	106.8	110.3
富士	126.6	118.4	101.7	93.6	110.5	106.5	102.3	103.9
静岡	112.5	105.3	99.3	91.5	111.2	107.4	94.1	95.8
志太榛原	82.0	77.6	98.6	92.2	88.1	84.1	79.6	79.8
中東遠	75.0	72.7	97.7	93.8	96.2	96.2	114.3	110.8
西部	82.0	77.7	94.9	88.8	92.6	87.6	104.0	103.8
静岡県	100.0	94.1	100.0	92.8	100.0	95.6	100.0	100.7

※網掛けは有意に多い。

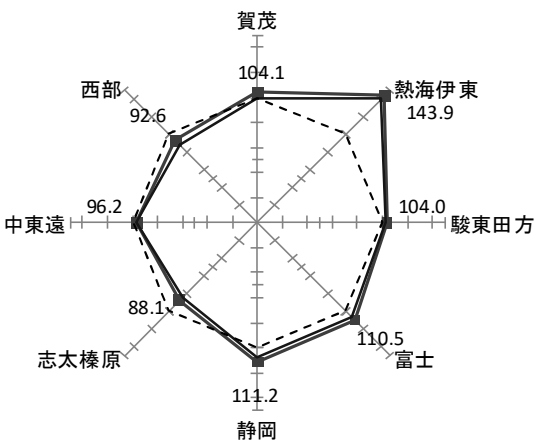
【肝及び肝内胆管】



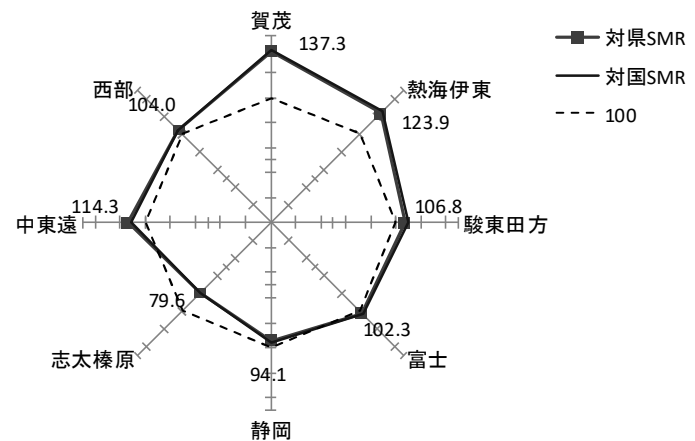
【気管、気管支及び肺】



【乳房】



【子宮】



※図中の数値は対県SMR

(出典：静岡県総合健康センター「静岡県市町別健康指標」)

※SMR (標準化死亡比) :

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

2 脳卒中

【対策のポイント】

- 危険因子である高血圧や脂質異常症を有する県民に対する降圧療法、服薬・生活指導等の推進
- 危険因子や初期症状の県民啓発と地域病院間連携の推進による県民の脳卒中死亡率の抑制
- 発症早期から患者の状態に応じた集学的リハビリテーションの推進

【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
高血圧の指摘を受けた者のうち現在治療を受けていない者の割合	男性 29.8% 女性 20.2% (2013年)	男性 26.6% 女性 19.5% (2016年)	男性 24.0%以下 女性 16.0%以下	目標に向け数値が改善
脳卒中の年齢調整死亡率 (人口10万人当たり)	男性 44.3 女性 23.2 (2015年)	男性 40.0 女性 20.9 (2019年)	男性 37.8以下 女性 21.0以下	目標に向け数値が改善
脳梗塞に対するt-PAによる 血栓溶解療法を実施可能な 保健医療圏	賀茂以外の 7医療圏 (2016年)	賀茂以外の 7医療圏 (2018年)	全医療圏	現状維持

(1) 現状と課題

ア 脳卒中の現状

- 脳卒中は、脳血管疾患とも呼ばれますが、脳血管の閉塞や破綻によって脳機能に障害が起きる疾患であり、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血に大別されます。
- 脳梗塞は、動脈硬化により太い血管の内腔が狭くなるが原因となり発症するアテローム血栓性脳梗塞、脳の細い血管が主に高血圧を基盤とする変化により閉塞するラクナ梗塞、心臓等に生じた血栓が脳血管まで流れ血管を閉塞する心原性塞栓症の3種類に分けられます。脳出血は脳の細い血管が破綻するもの、くも膜下出血は脳動脈瘤が破綻し出血するものです。
- 脳卒中は、片麻痺、摂食機能・嚥下障害、高次脳機能障害¹、遷延性意識障害²などの後遺症が残る事があり、患者及びその家族の日常生活に大きな影響を及ぼす疾患です。
- 認知症患者の中で脳血管の障害が原因とされる患者は20%前後を占め、アルツハイマー型認知症に次いで第2位となっています。脳卒中は高次脳機能障害の原因疾患の第1位でもあります。また、介護が必要になった者の16.1%は脳卒中が主な原因で、第2位となっている³ほか、嚥下障害の原因疾患のうち脳卒中が約6割⁴を占めています。

¹ 高次脳機能障害：脳の損傷による認知障害全般を指し、失語、失行、失認の他、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害等がある。

² 遷延性意識障害：重度の昏睡状態をさす病状のこと。

³ 厚生労働省「国民生活基礎調査」(2019年)

⁴ 厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」資料より。

イ 本県の状況

(死亡・リ患の状況)

- 本県における 2019 年の脳卒中による死亡者は 3,751 人、全死亡者 42,190 人中 8.9%であり、死亡原因としては悪性新生物、心疾患、老衰に次いで第 4 位となっています。
- 脳卒中のうち最も多い死亡原因は脳梗塞で 1,865 人(49.7%)、次いで脳出血 1,275 人(34.0%)、くも膜下出血 419 人(11.2%)となっています。
- 全国と比較した本県における脳卒中の標準化死亡比は 113.3 であり、依然として高い傾向を示しています。

(医療従事者の状況)

- 本県の人口 10 万人当たりの神経内科の医師数は 3.1 人、脳神経外科の医師数は 5.7 人で、全国平均 4.0 人、5.9 人と比較すると神経内科医は少なくなっています。

(救急患者の搬送)

- 2018 年に救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間は 38.9 分であり、全国平均 39.5 分と較べると、約 35 秒早く搬送されています。
- 本県において、2017 年に脳卒中により救急搬送された患者数は約 670 人⁵です。

(急性期の治療)

- 2021 年 7 月時点で、本県で脳卒中の救急医療機能を担う病院は、賀茂を除く 7 保健医療圏に 29 施設あります。
- 2019 年 3 月時点で、本県の脳梗塞に対する t-PA による脳血栓溶解療法⁶の実施可能な病院は 25 施設あり 7 保健医療圏で実施できる体制ですが、賀茂医療圏には実施可能な医療機関がありません。
- 2018 年時点で、くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術⁷、脳動脈瘤コイル塞栓術⁸については、賀茂を除く 7 保健医療圏で実施されています。

(脳卒中のリハビリテーション)

- 脳卒中の「身体機能を回復させるリハビリテーション」の機能を担う医療機関は 57 施設あり、県内の全保健医療圏で実施されています。

(在宅への復帰)

- 本県において、脳卒中の退院患者平均在院日数は 90.5 日で、全国平均 81.4 日より約 9 日長くなっています。
- 本県において、主病名が脳卒中の患者で、退院後に在宅等生活の場に復帰した割合は 54.1%となっています。
- 脳卒中の「生活の場における療養支援」の機能を担う医療機関は 271 施設あり、県内の全保健医療圏で実施されています。

⁵ 2017 年患者調査をもとに、厚生労働省医政局地域医療計画課で集計。

⁶ t-PA による脳血栓溶解療法：脳神経細胞が壊死する前に、t-PA(tissue plasminogen activator：組織プラスミノゲン活性化因子)を静脈注射により投与し脳動脈を塞ぐ血栓を溶かし、脳動脈の血流を再開させる治療法。

⁷ 脳動脈瘤クリッピング術：開頭手術により、脳動脈瘤の根元にクリップをかける外科的治療法。

⁸ 脳動脈瘤コイル塞栓術：大腿動脈からのカテーテル挿入により、脳動脈瘤を塞栓する血管内療法。

ウ 医療提供体制

○静岡県における脳卒中患者の年齢調整死亡率は、男女とも全国平均を上回っています。特に高齢化の進行が早い賀茂及び熱海伊東医療圏において早急な対策が望まれます。

(ア) 発症予防

○脳卒中の最大の危険因子は高血圧です。75歳未満の成人は130/80mmHg未満、75歳以上の高齢者は140/90mmHg未満（ただし、脳血管障害患者、冠動脈疾患患者等は130/80mmHg未満）を降圧目標として、高血圧のコントロールを厳密に行うことが重要です。また、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム、不整脈（心房細動）、慢性腎臓病（CKD）、喫煙、多量飲酒も危険因子であり、生活習慣の改善や適切な治療を行う必要があります。さらに、受動喫煙防止の推進も重要です。

○特定健康診査において「要医療」となった者の多くは、危険因子となる基礎疾患を有しています。医療保険者、特定健康診査や特定保健指導の受託者、医療機関（かかりつけ医）、薬局が連携して、受診勧奨や治療中断を防ぐ働きかけを行う必要があります。

(イ) 発症後の医療等

○発症後できるだけ早く急性期の治療（脳梗塞では、発症4.5時間以内の専門治療可能な医療機関への搬送が重要）を受けられるよう、県民への脳卒中の症状及び緊急受診の必要性の啓発と、搬送も含めた救急医療体制の整備、充実が必要です。

○脳卒中の救急医療を担う病院は県内に29施設（2021年7月末現在）あり、賀茂を除く保健医療圏では複数の病院がありますが、賀茂医療圏にはありません。また、賀茂医療圏における救急患者が、救急要請（覚知）から医療機関へ収容されるまでの平均所要時間は44.6分であり、県平均38.9分と較べると約6分長くなっています。

○特に経口挿管されている場合は人工呼吸器関連肺炎を予防するために口腔ケアが欠かせないため、院内歯科との連携が重要です。

(ウ) リハビリテーション

○後遺症軽減に向けて、発症後早期にリハビリテーションを開始することが必要です。急性期、回復期、維持期の各期において、病状や合併症に応じた適切なリハビリテーションを継続して受けられる体制の整備が必要です。

○在宅等への復帰に向けた再発予防を含む回復期の医療及びリハビリテーションから、生活の場における維持期のリハビリテーションまで切れ目のない医療、介護サービスが提供されるように、関係者（機関）の連携が重要です。必要に応じて在宅歯科診療を利用するなどして、口腔衛生状態や口腔機能の管理を定期的に行い、誤嚥性肺炎を予防することも重要です。

(エ) 在宅医療・再発予防

○急性期治療により後遺症が残らない場合であっても、基礎疾患や危険因子を放置すると再発の可能性があるため、基礎疾患の継続的な治療や生活習慣の改善などを行う必要があります。

○維持期に合併症を併発した患者に対しては、合併症及び患者の状態に応じた適切な医療を提供できる医療機関との連携が重要です。

○必要に応じて在宅歯科診療を利用するなどして、口腔衛生状態や口腔機能の管理を定期的に行い、誤嚥性肺炎を予防することも重要です。

○最期まで在宅等での療養を望む患者に対して、看取りまでを含めた包括的な体制が必要です。

(2) 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	高血圧の指摘を受けた者のうち現在治療を受けていない者の割合	男性 26.6% 女性 19.5% (2016 年)	男性 24.0%以下 女性 16.0%以下	2割減少させる。	県民健康基礎調査
	脳卒中の年齢調整死亡率 (人口 10 万人当たり)	男性 40.0 女性 20.9 (2019 年)	男性 37.8 以下 女性 21.0 以下	年齢調整死亡率について全国平均まで引き下げる。	厚生労働省「人口動態統計」より算出
	脳梗塞に対する t-PA による血栓溶解療法を実施可能な保健医療圏	賀茂以外の 7医療圏 (2018 年)	全医療圏	全保健医療圏で実施可能な体制を構築する。	厚生労働省「診療報酬施設基準」
新規	県民の健康寿命(歳)	男性 73.45 女性 76.58 男女計 75.04 (2019 年)	男性 75.63 以上 女性 78.37 以上 男女計 77.02 以上 (2040 年)	2016 年を基準とし、他の施策とともに、2040 年までに健康寿命を3年以上延伸させる。	厚生労働省「健康日本 21 推進専門委員会」

イ 施策の方向性

○県循環器病対策推進計画（計画期間：2022 年度から 2023 年度）に基づき、以下の施策に取り組めます。

(ア) 発症予防

○禁煙、適切な飲酒、減塩、運動習慣といった生活習慣の改善や特定健康診査・特定保健指導の推進による高血圧症等、糖尿病、脂質異常症等、脳卒中の危険因子となる生活習慣病の発症予防や重症化予防を「第3次ふじのくに健康増進計画」に基づき地域、職域、教育の場で推進します。

○かかりつけ医への定期受診によって、高血圧症への降圧療法をはじめ、糖尿病、脂質異常症、慢性腎臓病等の継続治療を徹底することを推進します。

(イ) 発症後の医療等

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

○県内のどの地域に住んでいても、発症 4.5 時間以内に脳梗塞の治療が開始できるように t-PA 脳血栓溶解療法の講習を受けた医師の地域での増加を促進し、地域内の脳卒中急性期診療体制のネットワーク構築を図ります。

○救急患者の CT、MRI 画像を脳卒中専門医のいる施設へネットワーク経由で伝送することにより、専門医がいない医療機関でも脳卒中の早期診断が可能になる体制や、さらに専門医の指示のもとで t-PA 療法を開始した上で病院間搬送を行う体制の構築も地域の必要に応じて検討し、標準的治療の普及（発症から 4.5 時間以内の t-PA 治療、カテーテルによる血栓回収療法等）

を図ります。

- 脳出血やくも膜下出血等で外科的治療や血管内治療が必要な場合には、来院後2時間以内に治療を開始できるように地域内の脳卒中急性期診療体制のネットワーク構築を図ります。
- 発症早期から患者及びその家族に、医師をはじめとする多職種チームから、脳卒中に関する現在の状態から、再発予防、今後のリハビリテーション、ライフスタイル、介護方法、利用可能な福祉資源等の情報提供を教育的に行う体制を進めます。
- 住み慣れた地域で脳卒中の各病期の治療を総合的に切れ目なく受けられるよう、医療機関等の機能分担及び連携、さらには介護施設との連携を推進します。

(ウ) リハビリテーション

- 十分なリスク管理の下でできるだけ発症早期から、組織化されたリハビリテーションを開始することを進めます。
- 地域の急性期医療機関と回復期及び在宅医療を含む維持期の医療機関等が、診療情報やリハビリテーションを含む治療計画、合併症等の患者の状態、家族の状況等を脳卒中地域連携パスやICT 端末等にて共有及び意見交換し、リハビリテーション、合併症の治療、再発した場合の治療を連携して実施する体制づくりを推進します。
- 適切な経口摂取及び誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内歯科や歯科診療所等を含めた多職種で連携して介入する体制づくりを進め、口腔ケアの実施による嚥下機能などの口腔機能の維持・改善を図ります。
- 重度の嚥下障害に伴う誤嚥性肺炎リスクの高いケースや重度の認知症状併発に伴う拒食による低栄養状態のケース等では、胃瘻造設適応を含めた各種対応の判断を多職種のチームで検討することを勧めます。

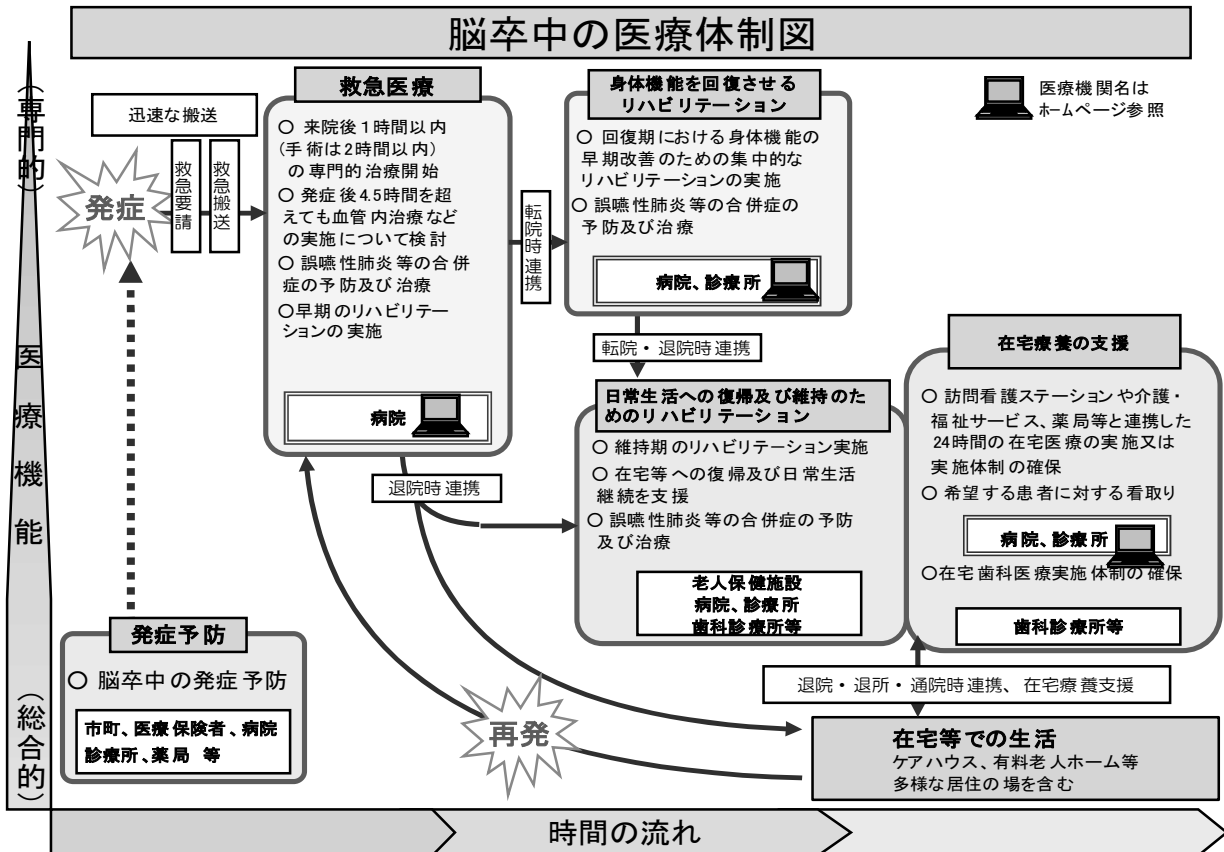
(エ) 在宅療養・再発予防

- 身近なかかりつけ医のもとで再発予防のために基礎疾患の治療及び危険因子の管理を続けるとともに、かかりつけ歯科医のもとで口腔ケアによる誤嚥性肺炎の予防を進めます。
- 在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、かかりつけ薬局等の充実により、在宅もしくは介護施設での訪問診療や生活機能の維持・向上のための訪問リハビリテーションを実施し、日常生活の継続を支援します。
- 療養生活に移行して初めて、それまで気づかれなかった高次脳機能障害によって問題が生じる場合もあるので、適宜家族がかかりつけ医に相談するように啓発します。
- 合併症の悪化や脳卒中の再発の際には、患者の状態に応じた適切な医療を地域で提供できるよう医療機関、薬局の連携体制を推進します。
- 脳卒中により介護が必要となった場合、老老介護など家族へ負担が大きいため、地域で支えあえる環境づくりや医療と介護の連携を推進します。

(3) 「脳卒中」の医療体制に求められる医療機能

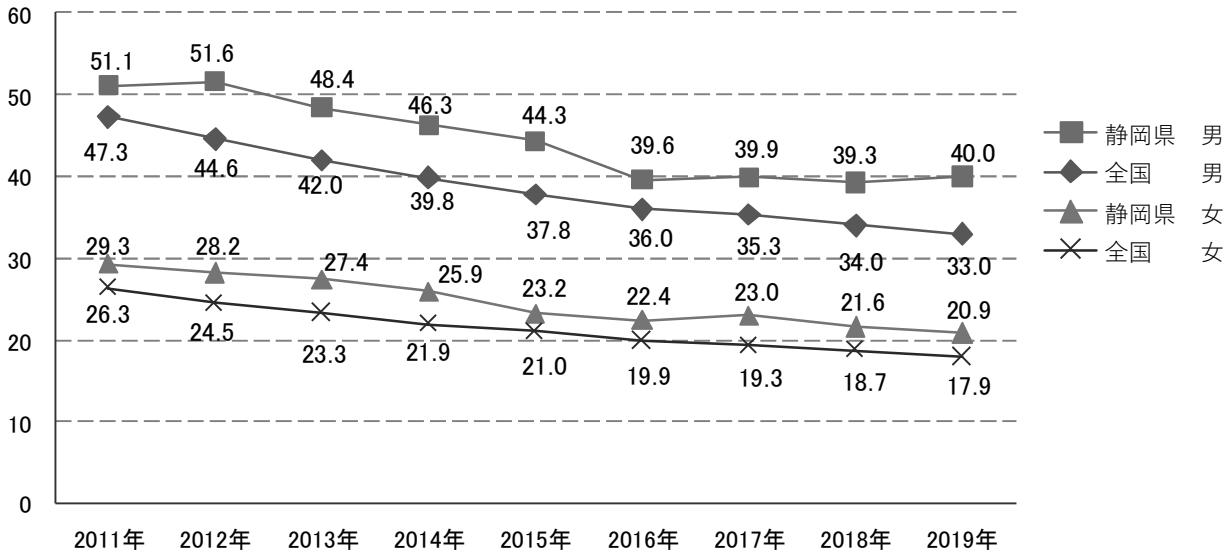
	発症予防	発症後の医療等	救急医療	身体機能を回復させるリハビリテーション	日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーション	在宅療養の支援
ポイント	○ 脳卒中の発症予防	○ 脳卒中を疑われる患者を専門的な診療が可能な医療機関に発症後迅速に搬送	○ 24時間体制で、来院後1時間以内（手術は2時間以内）に専門的な治療を開始 ○ 発症後4.5時間を超えても血管内治療などの高度専門治療の実施について検討 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療 ○ 早期にリハビリテーションを実施	○ 回復期における身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションの実施 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防	○ 維持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

(4) 「脳卒中」の医療体制図



(5) 関連図表

○ 脳卒中による年齢調整死亡率(人口10万人対)の推移



(出典：厚生労働省「人口動態統計」より算出)

○ 脳卒中(脳血管疾患)による死亡数(2019年)

(単位：人)

	静岡県	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
脳血管疾患	総数	3,751	89	161	776	388	668	475	818
	男	1,907	47	83	385	206	340	237	424
	女	1,844	42	78	391	182	328	238	394
脳梗塞	総数	1,865	41	85	395	205	305	232	407
	男	938	20	48	186	111	156	111	208
	女	927	21	37	209	94	149	121	199
脳内出血	総数	1,275	37	56	238	124	230	170	298
	男	708	22	29	128	69	129	93	174
	女	567	15	27	110	55	101	77	124
くも膜下出血	総数	419	9	18	73	45	109	43	75
	男	155	4	6	27	19	42	18	22
	女	264	5	12	46	26	67	25	53
その他の脳血管疾患	総数	192	2	2	70	14	24	30	38
	男	106	1	-	44	7	13	15	20
	女	86	1	2	26	7	11	15	18

出典：静岡県人口動態統計

○ 特定健診分析結果(標準化該当比¹⁰)

2018年 標準化該当比	高血圧有病者		糖尿病有病者		脂質異常有病者		習慣的喫煙者		メタボ該当者	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
賀茂	116.4	115.7	97.1	85.2	104.2	102.5	105.0	133.6	107.7	88.2
熱海伊東	103.3	103.7	108.4	100.0	108.1	101.7	111.9	198.7	112.2	94.8
駿東田方	104.0	105.8	107.7	104.3	102.6	103.1	107.1	120.7	108.7	111.0
富士	107.9	109.4	103.3	102.2	104.0	104.5	113.2	132.4	108.6	111.8
静岡	107.5	103.6	98.2	97.5	101.3	99.5	98.3	102.6	105.5	107.6
志太榛原	100.2	101.2	98.0	94.4	95.7	96.5	100.0	83.4	94.5	80.2
中東遠	89.9	90.0	94.7	103.9	96.3	97.6	96.9	77.9	88.4	94.2
西部	91.6	91.2	98.0	99.7	98.9	98.9	91.3	78.7	93.6	97.1
静岡県	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

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

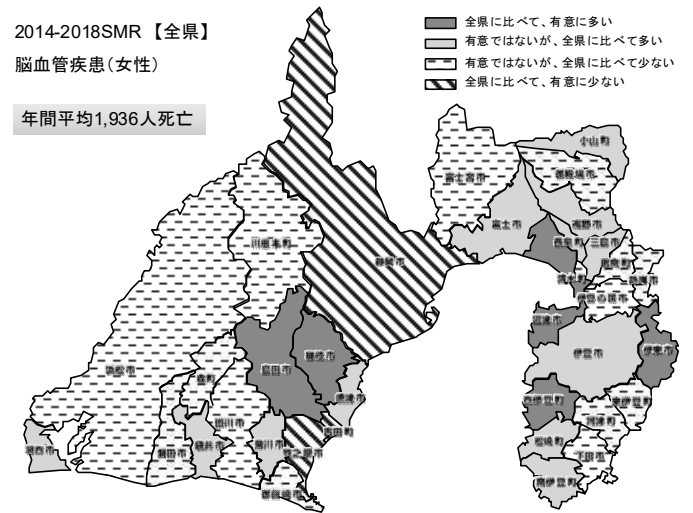
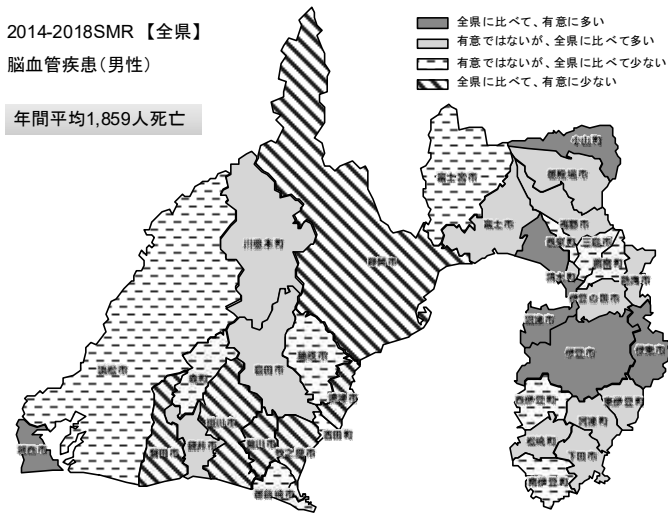
¹⁰ 標準化該当比：県全体の有所見率を100とした場合の各市町の有所見率

○ 標準化死亡比(SMR)

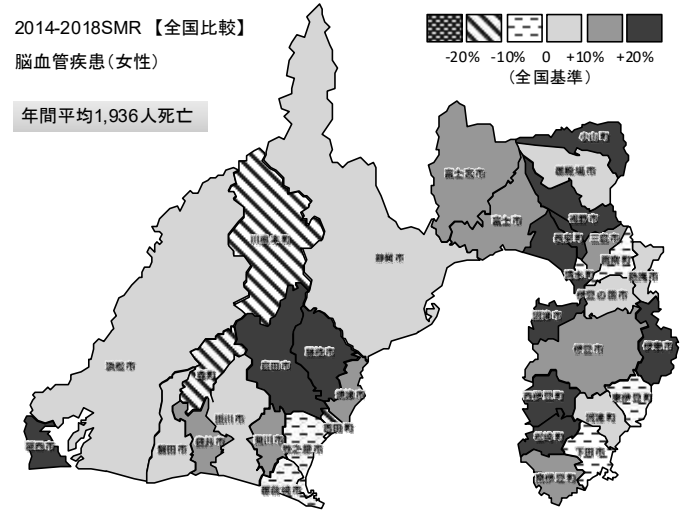
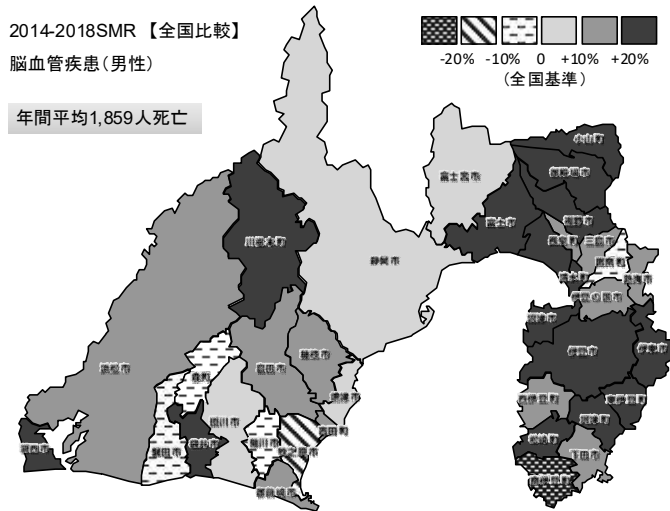
2014年-2018年	脳血管疾患		脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	102.6	115.6	103.9	106.6	104.9	135.0	111.4	126.5
熱海伊東	119.3	129.4	113.6	111.0	141.6	176.1	101.6	114.1
駿東田方	108.6	120.8	107.4	107.0	96.4	124.3	122.8	137.8
富士	103.2	116.9	101.6	104.0	115.1	148.3	90.4	102.3
静岡	92.5	104.6	92.8	95.1	94.1	121.0	96.7	109.6
志太榛原	98.6	111.8	101.3	104.6	97.5	125.9	87.6	98.6
中東遠	88.5	103.6	87.7	94.0	88.9	118.0	100.8	115.0
西部	100.2	113.8	100.9	104.2	99.7	128.9	93.3	105.0
静岡県	100.0	113.3	100.0	102.8	100.0	129.0	100.0	112.9

※網掛けは有意に多い

<県内比較>



<全国比較>



(出典：静岡県総合健康センター「静岡県市町別健康指標」)

○指標による現状把握

(医療従事者の状況)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							調査年	調査名等	
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠			西部
神経内科医師数	-	116	-	3	23	8	40	8	7	27	2018年	医師・歯科 医師・薬剤 師調査
(人口10万人対)	-	4	-	2.8	3.5	2.1	5.7	1.7	1.5	3.1		
脳神経外科医師数	-	215	4	11	51	22	36	26	19	46	2018年	医師・歯科 医師・薬剤 師調査
(人口10万人対)	-	5.9	6.1	10.2	7.7	5.7	5.1	5.5	4	5.3		

(救急患者の搬送)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							調査年	調査名等	
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠			西部
脳血管疾患により救急搬送され た患者数(単位:0.1千人)	-	6.7	0	0	1	1.2	1.5	0.8	0.5	1.2	2017年	患者調査
(人口10万人対、単位:0.1千人)	-	0.2	0	0	0.2	0.3	0.2	0.2	0.1	0.1		
救急要請(覚知)から医療機関 への収容までに要した平均時間	39.5	38.9	-	-	-	-	-	-	-	-	2018年	救急救助 の現況

(急性期の治療)

指標名	静岡県	2次保健医療圏							調査年	調査名等	
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠			西部
脳梗塞に対するt-PAによる血栓 溶解療法の実施可能な病院数	25	0	1	3	3	6	4	2	7	2019年	診療報酬 施設基準
脳梗塞に対するt-PAによる血栓 溶解療法の実施件数	444	0	18	103	43	102	55	48	75	2018年	NDB
くも膜下出血に対する脳動脈瘤 クリッピング術の実施件数	286	0	11	76	50	48	35	18	48	2018年	NDB
くも膜下出血に対する脳動脈瘤 コイル塞栓術の実施件数	*	0	*	23	10	32	*	*	29	2018年	NDB

※「*」は調査結果について非公表の項目

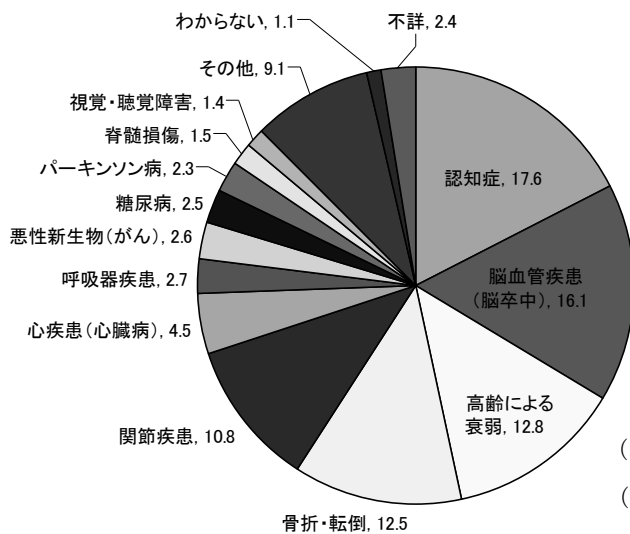
(脳卒中のリハビリテーション)

指標名	静岡県	2次保健医療圏							調査年	調査名等	
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠			西部
脳血管疾患等リハビリテーション 料(I)届出施設数	75	1	4	11	7	15	9	10	18	2019年	診療報酬 施設基準
脳血管疾患等リハビリテーション 料(II)届出施設数	42	4	0	15	5	6	3	4	5	2019年	診療報酬 施設基準
脳血管疾患等リハビリテーション 料(III)届出施設数	65	0	2	18	5	13	3	9	15	2019年	診療報酬 施設基準
脳卒中患者に対するリハビリ テーションの実施件数	53,095	1,247	2,075	10,035	6,251	8,153	7,782	5,084	12,468	2018年	NDB

(在宅への復帰)

指標名	静岡県	2次保健医療圏							調査年	調査名等	
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠			西部
退院患者平均在院日数	90.5	180.4	121.2	79.5	64.1	113.9	63.2	144.2	78.3	2017年	患者調査
在宅等生活の場に復帰した脳血 管疾患患者数[0.1千人]	8.6	0	0	1.8	1.3	1.6	1.2	0.8	1.8	2017年	患者調査
在宅等生活の場に復帰した脳血 管疾患患者の割合	54.1	47.3	52.8	51.7	50.5	59	48.5	50	63.1		

○介護が必要となった者の主な原因（2019年）



(単位：%)

(出典：厚生労働省「2019年 国民生活基礎調査」)

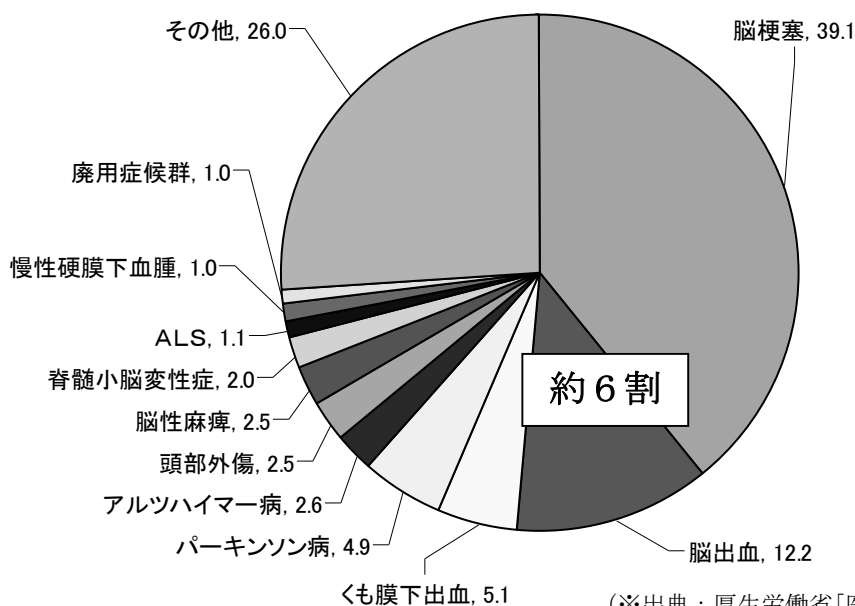
○要介護度別にみた介護が必要となった主な原因（上位3位）

(単位：%)

要介護度	第1位		第2位		第3位	
総数	認知症	17.6	脳血管疾患(脳卒中)	16.1	高齢による衰弱	12.8
要支援者	関節疾患	18.9	高齢による衰弱	16.1	骨折・転倒	14.2
要支援1	関節疾患	20.3	高齢による衰弱	17.9	骨折・転倒	13.5
要支援2	関節疾患	17.5	骨折・転倒	14.9	高齢による衰弱	14.4
要介護者	認知症	24.3	脳血管疾患(脳卒中)	19.2	骨折・転倒	12.0
要介護1	認知症	29.8	脳血管疾患(脳卒中)	14.5	高齢による衰弱	13.7
要介護2	認知症	18.7	脳血管疾患(脳卒中)	17.8	骨折・転倒	13.5
要介護3	認知症	27.0	脳血管疾患(脳卒中)	24.1	骨折・転倒	12.1
要介護4	脳血管疾患(脳卒中)	23.6	認知症	20.2	骨折・転倒	15.1
要介護5	脳血管疾患(脳卒中)	24.7	認知症	24.0	その他	14.1

(出典：厚生労働省「2019年 国民生活基礎調査」)

○嚥下障害の原因疾患の割合



(※出典：厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」資料)

3 心筋梗塞等の心血管疾患

【対策のポイント】

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

【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
高血圧の指摘を受けた者のうち現在治療を受けていない者の割合	男性 29.8% 女性 20.2% (2013 年)	男性 26.6% 女性 19.5% (2016 年)	男性 24.0%以下 女性 16.0%以下	目標に向け 数値が改善
急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンション(PCI) ¹ を実施可能な保健医療圏	賀茂以外の 7医療圏 (2016 年)	全医療圏 (2018 年)	全医療圏	目標達成
心大血管疾患リハビリテーション(I)又は(II)の基準を満たす施設が複数ある医療圏の数	駿東田方、静岡、 志太榛原、西部の 4医療圏 (2016 年)	駿東田方、富士、 静岡、志太榛原、 西部の5医療圏 (2019 年)	全医療圏	目標に向け 数値が改善

(1) 現状と課題

ア 心血管疾患の現状

- 急性心筋梗塞は、心臓に栄養と酸素を補給している冠動脈の突然の閉塞等によって心筋への血流が阻害され、心筋が壊死し心臓機能の低下が起きる疾患です。心筋が虚血状態に陥っても壊死まで至らない前段階を狭心症といいます。これらを総称して虚血性心疾患や急性冠疾患、急性冠症候群などと呼ばれています。
- 心筋が虚血状態に陥ると、伸縮することができなくなり、全身に血液を送る心臓のポンプ機能が低下します。この状態を急性心不全といいます。命に関わる不整脈を併発することもあります。心筋の壊死が広範囲に及ぶと心破裂を起こすこともあります。
- 急性心筋梗塞及び狭心症の症状としては、激しい胸痛、呼吸困難、冷汗、嘔気・嘔吐などがあり、血圧が低下すると意識を失うこともあります。胸痛は、安静にしても20分以上続くことが多く、ニトロ製剤²を使用しても5分後に胸痛が治まらない場合は、狭心症ではなく急性心筋梗塞が強く疑われます。
- 心筋には再生能力がないため、急性心筋梗塞では、速やかに心筋の壊死を最小限にとどめる治

¹ 経皮的冠動脈インターベンション(PCI)：カテーテルを用いて狭くなった冠動脈を拡張する治療。

² ニトロ製剤：冠動脈を拡張させる作用があり、狭心症発作の初期に舌下に入れて溶かして服用する薬剤。

療が必要です。急性心筋梗塞の患者のうち、病院到着前に心停止に陥る割合は14%にも達すると報告されています。

- 胸痛等の症状が起きたら、家族等周囲にいる者による迅速な救急要請を行いつつ、意識がない、呼吸、脈拍が感じられない場合等には胸骨圧迫³や自動体外式除細動器（AED）⁴による電氣的除細動⁵の実施、その後の速やかな救急搬送、医療機関での適切な急性期治療という一連の対応が非常に大切です。
- 一方、心血管疾患の一つである慢性心不全は、慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、身体の各臓器へ必要量に見合う血液を送り出すことができなくなり、日常生活に支障をきたした状態を指します。身体を動かしたときに呼吸困難や息切れが起こり、尿量が減少し、四肢がむくむ等の症状をきたします。不整脈を起こすことも多く、突然死の危険もあります。徐々に悪化し、寿命を縮めます。
- 慢性心不全患者は、心不全の悪化による入院と改善による退院を繰り返しながら、身体機能が徐々に悪化することが特徴で、改善を図るには、薬物療法、非薬物療法、運動療法、生活指導等を含む多面的な介入を入院中から退院後まで継続して行うことが重要です。
- わが国の心不全患者の約70%は75歳以上です。高齢化の進行により、心不全で入院する患者数は毎年1万人ずつ増加しています。
- 一方、大動脈解離は、大動脈の壁が二層に剥がれて（解離して）二つの腔になった状態であり、突然の急激な胸背部痛、大動脈の破裂による出血症状、分枝動脈の狭窄・閉塞による臓器虚血症状等、様々な症状をきたします。なお、解離した大動脈が太くなって瘤を形成した場合には、解離性大動脈瘤と呼ばれます。
- 小児・先天性心疾患とその移行期医療は、2000年前後から先天性心疾患や小児に対する心臓病治療の成績が一気に改善したことによって、現在は小児期に心臓病の治療をして成人した成人先天性心疾患患者が、日本全国に50万人以上いるとも言われています。

イ 本県の状況

（死亡・罹患の状況）

- 本県における 2019年の心血管疾患による死亡者（心疾患（高血圧性を除く）、大動脈瘤及び解離による死亡者数の合計）は 6,535人で、全死亡者 42,190人中 15.5%であり、死亡原因としては悪性新生物に次いで第2位となっています。
- 心血管疾患のうち最も多い死亡原因は心不全で 2,462人（37.7%）、次いで不整脈及び伝導障害 1,070人（16.4%）、急性心筋梗塞 990人（15.1%）となっています。大動脈瘤及び解離による死亡は 596人（9.1%）です。
- 全国と比較した本県における心疾患（高血圧性を除く）の標準化死亡比は93.9と、やや少なくなっています。急性心筋梗塞の標準化死亡比は95.5、心不全は98.3であり、全国と比較し、やや少なくなっていますが、大動脈瘤及び解離は107.7と全国と較べて有意に高く、特に東部

³ 胸骨圧迫：心停止の際に心臓から血液を全身に送り出すために、胸骨部を1分間に100回程度強く圧迫すること。心臓マッサージ。

⁴ 自動体外式除細動器（AED）：心停止の際に自動的に心電図の解析を行い、必要な場合には心臓に電流を流して心臓の動きを取り戻す救命のための電子機器。

⁵ 電氣的除細動：致命的な不整脈が起こった際に、心臓に電流を流して心臓の動きを正しいリズムに戻すこと。

地域で高くなっています。

(医療従事者の状況)

○本県の人口 10 万人当たりの循環器内科の医師数は 8.3 人、心臓血管外科の医師数は 2.5 人で、全国平均 10.0 人、2.5 人と比較すると循環器内科医は少ないです。

(救急患者の搬送)

○2018 年に救急要請（覚知）から医療機関への搬送までに要した平均時間は 38.9 分であり、全国平均 39.5 分と較べると、約 35 秒早く搬送されています。

○本県において、2017 年に虚血性心疾患により救急搬送された患者数は人口 10 万人当たり約 1,200 人です。

(急性期の治療)

○急性心筋梗塞の救急医療機能を担う病院は、賀茂を除く 7 保健医療圏に 24 施設あります。

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

○冠疾患集中治療室（CCU）⁶を有する病院は 9 施設あり、賀茂、熱海伊東、中東遠を除く 5 保健医療圏で冠疾患集中治療を実施できる体制が整っています。

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

(心血管疾患のリハビリテーション)

○心血管疾患リハビリテーションの機能を担う医療機関は 25 施設あり、賀茂を除く 7 保健医療圏で実施されています。

(在宅への復帰)

○本県において、虚血性心疾患の退院患者平均在院日数は 8.5 日です。

○本県において、主病名が心虚血性心血管疾患の患者で退院後に在宅等生活の場に復帰した患者の割合は 93.5%となっています。

(移行期医療)

○本県の小児・先天性心疾患児を含む移行期医療の対応は、2020 年 4 月に、県から県立こども病院に移行期医療支援センターを委託し、2021 年度中に移行期医療協議会が設置されるなど、先進的に取り組んでいます。

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

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

ウ 医療提供体制

○静岡県における心血管疾患患者の年齢調整死亡率は、男女とも全国平均を下回っています。し

⁶ 冠疾患集中治療室（CCU）：心血管疾患の重症患者を対象とする集中治療室。施設数の出典は 2017 年医療施設調査（厚生労働省）。

かし、急性心筋梗塞の標準化死亡比(SMR)は、賀茂、熱海伊東、中東遠の3保健医療圏において各々142.5、178.3、127.4と全国平均を上回っており早急な対策が望まれます。

(ア) 発症予防

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

(イ) 発症後の医療等

- 急性心筋梗塞を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者が速やかに救急要請を行うことが大切です。また、病院外で心肺停止状態となった場合は、周囲にいる者による胸骨圧迫の実施及び自動対外式除細動器(AED)を使用することで救命率の改善が見込まれます。2014年度時点において、AEDは全国に約48万台普及しており、一般市民による心肺機能停止傷病者への胸骨圧迫、人工呼吸、AED等による応急手当の実施率は50.7%(2019年)と向上傾向になっています。

(ウ) 急性心筋梗塞の急性期の治療

- 急性心筋梗塞の急性期には、循環管理、呼吸管理等の全身管理とともに、ST上昇型心筋梗塞⁷、非ST上昇型心筋梗塞⁸等の個々の病態に応じた治療が行われます。
- ST上昇型心筋梗塞の治療は、血栓溶解療法⁹や冠動脈造影検査及びそれに続く経皮的冠動脈インターベンション(PCI)により、阻害された心筋への血流を再疎通させる療法が主体となります。発症から血行再建までの時間が短いほど有効性が高いため、救急隊接触から30分以内の血栓溶解薬静脈内投与、90分以内のPCI実施が目標とされています。また、合併症等によっては冠動脈バイパス術(CABG)¹⁰等の外科的治療が第一選択となることもあります。
- 非ST上昇型心筋梗塞の急性期の治療は、薬物療法に加えて、必要に応じて早期に冠動脈造影検査を行い、適応に応じて経皮的冠動脈インターベンション、冠動脈バイパス術を行います。
- 賀茂、熱海伊東、中東遠の3保健医療圏には、冠疾患集中治療室(CCU)を有する病院や虚血性心疾患に心臓血管外科手術を施行する病院が無く、この3保健医療圏における急性心筋梗塞の標準化死亡比は他地域に比べて高くなっています。虚血性心疾患の急性期医療における県内の

⁷ ST上昇型心筋梗塞：心臓の冠動脈が血栓により完全閉塞し、心筋が壊死を起こした状態の心筋梗塞。心電図上、STの部分上昇する。

⁸ 非ST上昇型心筋梗塞：心電図の波形においてSTの部分上昇していない心筋梗塞。

⁹ 血栓溶解療法：t-PA(tissue plasminogen activator：組織プラスミノゲン活性化因子)等の薬剤を静脈注射により投与し、冠動脈に詰まった血栓を溶かして血流を再開させる治療法。

¹⁰ 冠動脈バイパス術(CABG)：患者の他の部位の血管を用いて、冠動脈の詰まった箇所を迂回するバイパスを作り、冠動脈の血流を改善する心臓の手術。

地域格差を解消するよう、この3保健医療圏の急性期医療体制を充実させる必要があります。

○特に経口挿管されている場合は人工呼吸器関連肺炎を予防するために口腔ケアが欠かせないため、院内歯科との連携が重要です。

(エ) 大動脈解離の治療

○大動脈解離は、解離の範囲により、上行大動脈に解離が及んでいる Stanford A 型と上行大動脈に解離が及んでいない Stanford B 型に分類されます。

○A 型は緊急の外科的治療の適応となる場合が多いですが、B 型は内科的治療が選択されることが多く、ステントグラフト¹¹を用いた血管内治療¹²を行うこともあります。ただし、合併症を有する場合等には、外科的治療が必要となります。

(オ) 慢性心不全の治療

○慢性心不全患者に対しては、症状及び重症度に応じた薬物療法や運動療法が行われます。重症度や合併症等によっては、両室ペーシングによる心臓再同期療法 (CRT)¹³や随伴する難治性不整脈への治療が行われることがあります。

○重症心不全患者には心臓移植や人工心臓による治療が必要な場合があります。

○心不全増悪時には、症状に対する治療に加えて、心不全の増悪要因に対する介入も重要です。心不全が急に悪化し症状が顕在化することを急性増悪といいますが、この状態では循環管理、呼吸管理等の全身管理も必要となります。

○心不全増悪の要因には、虚血性心疾患、弁膜症、心筋症等の心不全の原因となる疾患の再発や悪化、感染症、不整脈の合併等の医学的要因に加えて、塩分・水分制限の不徹底や服薬中断等の患者要因、社会的支援の欠如等の社会的要因といった多面的な原因が含まれています。

(カ) 心血管疾患リハビリテーション

○急性心筋梗塞患者に対する心血管疾患リハビリテーションは、合併症や再発の予防、早期の在宅復帰及び社会復帰を目的に、発症した日から患者の状態に応じて運動療法、食事療法、患者教育等を実施します。

○トレッドミル¹⁴や自転車エルゴメーター¹⁵を用いて運動耐容能を評価した上で、運動処方を作成します。徐々に負荷をかけることで不整脈やポンプ失調等の合併症を防ぎつつ、身体的、精神的、社会的に最も適切な状態に改善することを目的とする多面的・包括的なリハビリテーションを多職種（医師・歯科医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士・歯科衛生士・医療ソーシャルワーカー等）のチームにより実施します。

○より厳密に運動耐容能を評価する際は、呼気中の酸素や二酸化炭素の濃度を測定しながら運動をする心肺運動負荷試験が有用です。

○慢性心不全患者に対する心血管疾患リハビリテーションでは、自覚症状や運動耐容能の改善及び心不全増悪や再入院の防止を目的に、運動療法、患者教育、カウンセリング等を含む、多職

¹¹ ステントグラフト：バネ状の金属を取り付けた人工血管。

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

¹³ 両室ペーシングによる心臓再同期療法 (CRT)：重症の心不全で左右の心室が収縮するタイミングにずれが生じ、うまく血液を送り出せない状態になった場合、左右の心室に同時に電気刺激を与えることができる電子機器を患者の体内に植え込んで、左右の心室の動きを正常に戻す治療法。

¹⁴ トレッドミル：運動負荷を与えるためのベルトコンベヤー状の室内ランニング装置。

¹⁵ 自転車エルゴメーター：ペダルをこぐことで運動負荷を与える自転車状の装置。

種による多面的・包括的なリハビリテーションを患者の状態に応じて実施します。

○また、心不全増悪や再入院の防止には、悪化による入院の早期より心血管疾患リハビリテーションを開始し、退院後も継続することが重要です。

○高齢慢性心不全患者で、他疾患併発や年齢に伴う筋力・体力の低下等により蛋白異化亢進状態であれば、栄養士による栄養管理を厳密に行うことも状態の改善には重要です。

(キ) 在宅療養・再発予防

○急性期を脱した後は、不整脈、心不全等の治療や合併症予防、再発予防、心血管疾患リハビリテーション、基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、糖尿病、喫煙）、歯周病等の管理を退院後も含めて継続的に行います。

○患者の周囲にいる者に対する再発時における適切な対応についての教育等も重要です。

(2) 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	高血圧の指摘を受けた者のうち現在治療を受けていない者の割合	男性 26.6% 女性 19.5% (2016年)	男性 24.0%以下 女性 16.0%以下	2割減少させる。	県民健康基礎調査
	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンション(PCI)を実施可能な保健医療圏	全医療圏 (2018年)	全医療圏	全保健医療圏で実施可能な体制を構築する。	厚生労働省「診療報酬施設基準」
	心大血管疾患リハビリテーション(I)又は(II)の基準を満たす施設が複数ある保健医療圏の数	駿東田方、富士、静岡、志太榛原、西部の5医療圏 (2019年)	全医療圏	全保健医療圏で心大血管疾患リハビリテーションを実施可能な体制を構築する。	厚生労働省「診療報酬施設基準」
新規	県民の健康寿命(歳)	男性 73.45 女性 76.58 男女計 75.04 (2019年)	男性 75.63 以上 女性 78.37 以上 男女計 77.02 以上 (2040年)	2016年を基準とし、他の施策とともに、2040年までに健康寿命を3年以上延伸させる。	厚生労働省「健康日本21推進専門委員会」

イ 施策の方向性

○県循環器病対策推進計画（計画期間：2022年度から2023年度）に基づき、以下の施策に取り組みます。

(ア) 発症予防

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

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

- 地域や職域においても、生活習慣の改善についての相談対応や生涯教育、住民啓発の機会を増やしていきます。
- かかりつけ医への定期受診や訪問診療によって、高血圧症への降圧療法をはじめ、糖尿病、脂質異常症、慢性腎臓病等の継続治療を徹底することを推進します。

(イ) 発症後の医療等

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

(ウ) 心血管疾患リハビリテーション

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

(エ) 在宅療養・再発予防

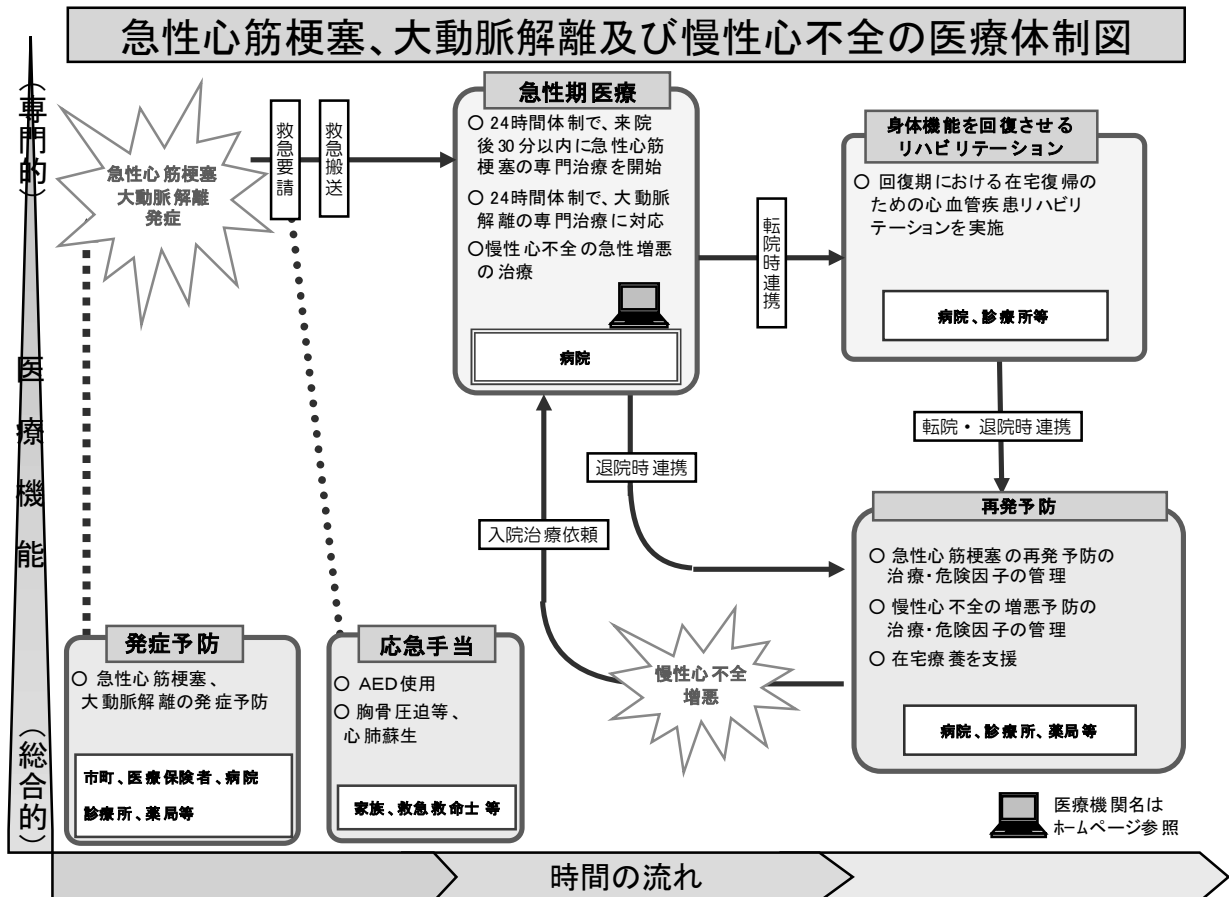
- 急性心筋梗塞及び大動脈瘤・解離の患者は、退院後しばらくは急性期医療機関に通院しながら、身近なかかりつけ医のもとで再発予防のために基礎疾患の継続治療及び危険因子の管理、再発の兆候を捉える定期検査（心電図、胸部レントゲン写真、血液検査等）を続けます。多職種連携による外来での心血管疾患リハビリテーションを継続できる体制づくりを進めます。

- 感染性心内膜炎や動脈硬化はう歯や歯周病との関連性があるため、心筋梗塞の予防・再発防止のためにもかかりつけ歯科医院への定期受診を進めます。
- 慢性心不全患者は、退院後、身近なかかりつけ医への定期受診や訪問診療で増悪を予防するために心不全と基礎疾患の治療を続けます。急性増悪時には病診連携により地域の急性期医療機関で入院治療を受け、在宅生活への速やかな復帰を目指します。このように慢性心不全患者の在宅での療養が継続されるように、地域の仕組みづくりを進めます。
- 高齢で心機能の回復が難しい慢性心不全患者に対しては、本人と家族の希望により緩和ケアの実施や看取りを踏まえた対応を在宅医療で行うことを進めます。

(3) 「心筋梗塞等の心血管疾患」の医療体制に求められる医療機能

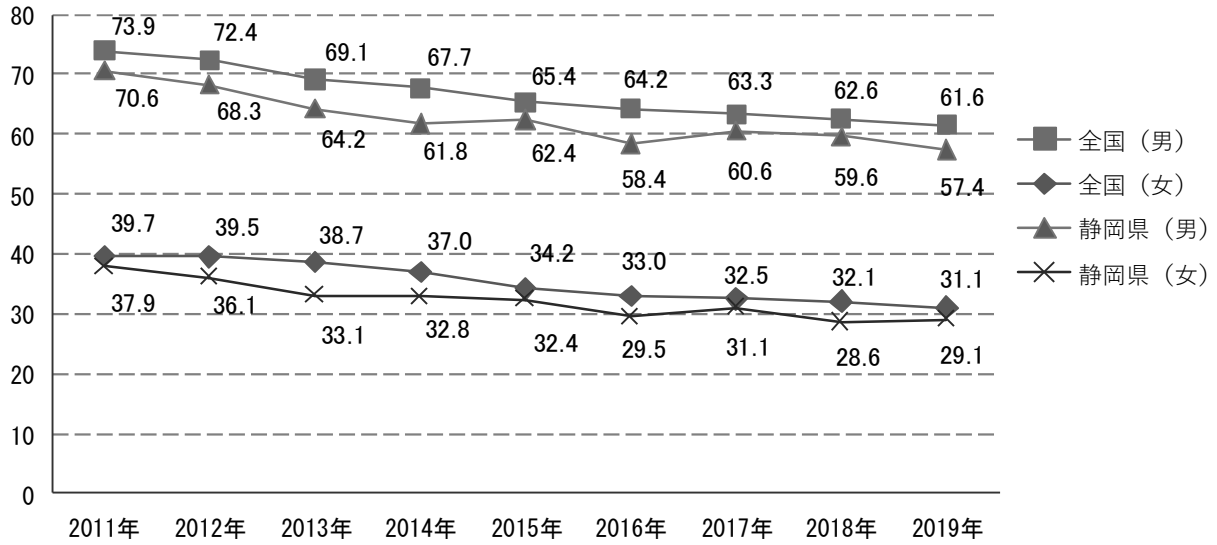
	発症予防	応急手当	救急医療	身体機能を回復させるリハビリテーション	再発予防
ポイント	○ 心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防	○ 専門的な診療が可能な医療機関への早期搬送	○ 24時間体制で、来院後30分以内に専門治療を開始 ○ 再発予防の定期的専門的検査を実施	○ 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを入院又は通院により実施 ○ 在宅等生活の場への復帰の支援	○ 再発予防の治療・危険因子の管理 ○ 患者に対し、再発予防などに関し必要な知識を教育 ○ 在宅療養継続の支援
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> ・市町、医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

(4) 「心筋梗塞等の心血管疾患」の医療体制図



(5) 関連図表

○心血管疾患による年齢調整死亡率（人口10万人対）の推移（心疾患（高血圧性を除く））



（資料：厚生労働省「人口動態統計」より算出）

○心血管疾患による死亡数（2019年）

（単位：人）

		静岡県	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
心疾患（高血圧性を除く）	総数	5,939	185	289	1,076	620	1,122	722	654	1,271
	男	2,835	82	125	512	295	537	363	304	617
	女	3,104	103	164	564	325	585	359	350	654
急性心筋梗塞	総数	990	30	72	151	108	139	88	174	228
	男	580	12	44	94	56	75	61	102	136
	女	410	18	28	57	52	64	27	72	92
心不全	総数	2,462	92	83	529	275	446	268	260	509
	男	1,030	33	32	227	115	190	111	105	217
	女	1,432	59	51	302	160	256	157	155	292
大動脈瘤及び解離	総数	596	18	27	110	69	112	74	66	120
	男	325	8	11	55	37	61	41	40	72
	女	271	10	16	55	32	51	33	26	48

（資料：静岡県人口動態統計）

○特定健診分析結果（標準化該当比¹⁶）

2018年 標準化該当比	高血圧有病者		糖尿病有病者		脂質異常有病者		習慣的喫煙者		メタボ該当者	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
賀茂	116.4	115.7	97.1	85.2	104.2	102.5	105.0	133.6	107.7	88.2
熱海伊東	103.3	103.7	108.4	100.0	108.1	101.7	111.9	198.7	112.2	94.8
駿東田方	104.0	105.8	107.7	104.3	102.6	103.1	107.1	120.7	108.7	111.0
富士	107.9	109.4	103.3	102.2	104.0	104.5	113.2	132.4	108.6	111.8
静岡	107.5	103.6	98.2	97.5	101.3	99.5	98.3	102.6	105.5	107.6
志太榛原	100.2	101.2	98.0	94.4	95.7	96.5	100.0	83.4	94.5	80.2
中東遠	89.9	90.0	94.7	103.9	96.3	97.6	96.9	77.9	88.4	94.2
西部	91.6	91.2	98.0	99.7	98.9	98.9	91.3	78.7	93.6	97.1
静岡県	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

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

¹⁶ 標準化該当比： 県全体の有所見率を100とした場合の各市町の有所見率

○標準化死亡比（SMR）

2014年-2018年	心疾患		急性心筋梗塞		心不全		大動脈瘤及び解離	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	125.1	117.3	150.2	142.5	121.0	118.3	125.4	109.9
熱海伊東	121.0	108.6	196.1	178.3	88.3	82.7	134.7	139.5
駿東田方	106.5	101.0	94.7	87.2	120.4	122.0	110.8	122.7
富士	103.1	96.5	107.6	102.5	118.2	109.9	111.0	118.9
静岡	103.3	96.8	79.9	76.0	97.5	95.7	95.6	102.6
志太榛原	96.3	90.7	81.7	78.3	94.1	92.5	92.8	100.1
中東遠	88.9	86.7	128.9	127.4	82.4	84.3	83.5	93.0
西部	90.5	85.3	88.2	84.7	90.2	88.7	93.3	100.8
静岡県	100.0	93.9	100.0	95.5	100.0	98.3	100.0	107.7

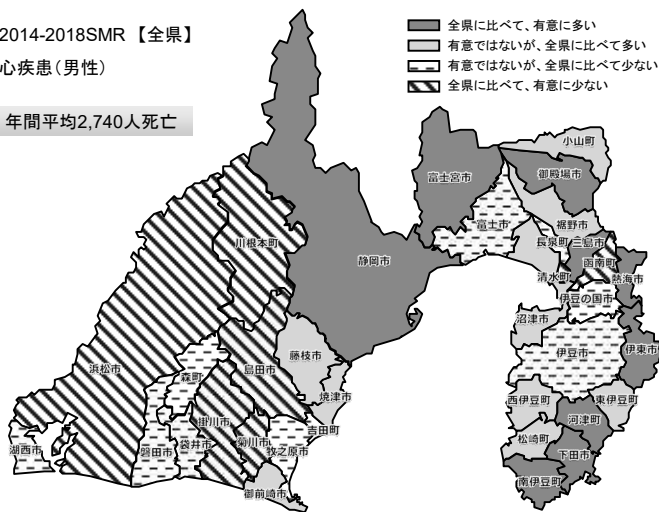
※網掛けは有意に多い

<県内比較>

2014-2018SMR【全県】

心疾患(男性)

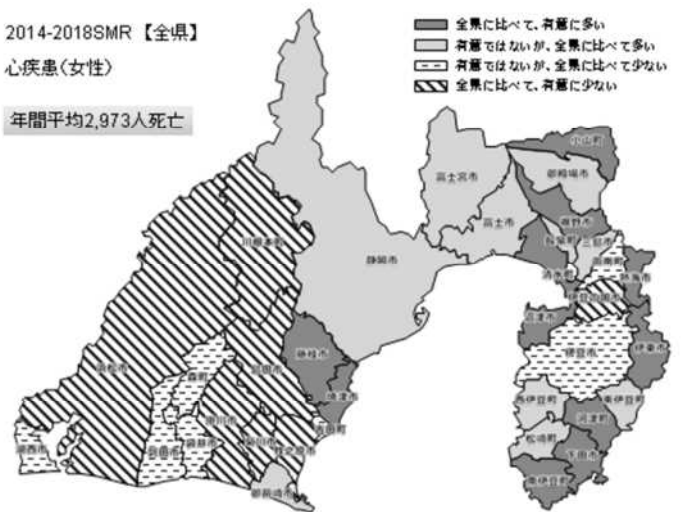
年間平均2,740人死亡



2014-2018SMR【全県】

心疾患(女性)

年間平均2,973人死亡

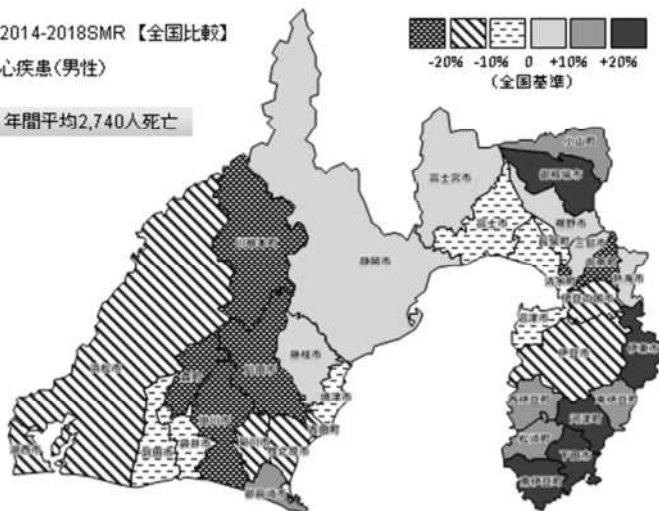


<全国比較>

2014-2018SMR【全国比較】

心疾患(男性)

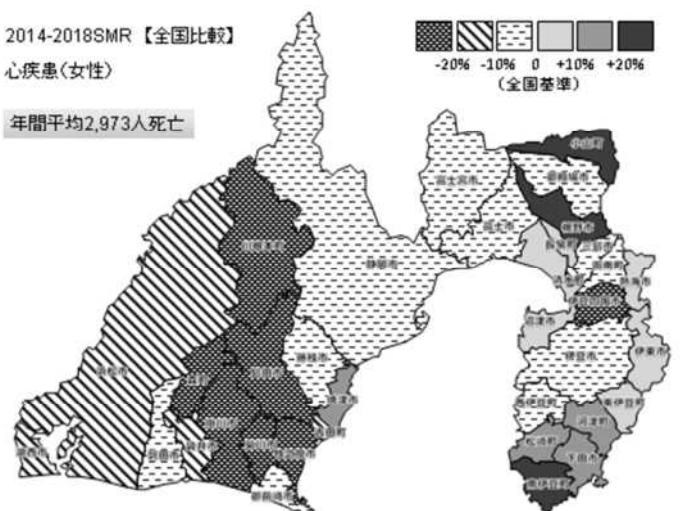
年間平均2,740人死亡



2014-2018SMR【全国比較】

心疾患(女性)

年間平均2,973人死亡



(出典：静岡県総合健康センター「静岡県市町別健康指標」)

○指標による現状把握

(医療従事者の状況)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
循環器内科医師数	12,732	312	1	10	54	25	77	25	32	88	2018年	医師・歯科 医師・薬剤 師調査
(人口10万人対)	10	8.3	1.5	9.3	8.1	6.4	10.9	5.3	6.7	10.1		
心臓血管外科医師数	3,214	93	-	-	18	2	34	5	1	33	2018年	医師・歯科 医師・薬剤 師調査
(人口10万人対)	2.5	2.5	-	-	2.7	0.5	4.8	1.1	0.2	3.8		

(急性期の治療)

指標名	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
心臓内科系集中治療室(CCU)を有する病院数	9	-	-	1	1	2	2	-	3	2017年	医療施設 調査
心臓内科系集中治療室(CCU)を有する病床数	69	-	-	7	4	24	6	-	28	2017年	医療施設 調査
(人口10万人対)	1.8	-	-	1	1	3.4	1.3	-	3.2		
急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数	6,401	46	77	1826	553	1185	591	610	1513	2018年	NDB
(人口10万人対)	171	70.1	71.6	275.2	142.3	167.8	126	128.2	174.5		
虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	*	0	0	134	*	161	14	0	167	2018年	NDB
(人口10万人対)	*	0	0	20.2	*	22.8	3	0	19.3		

※「*」は調査結果について非公表の項目

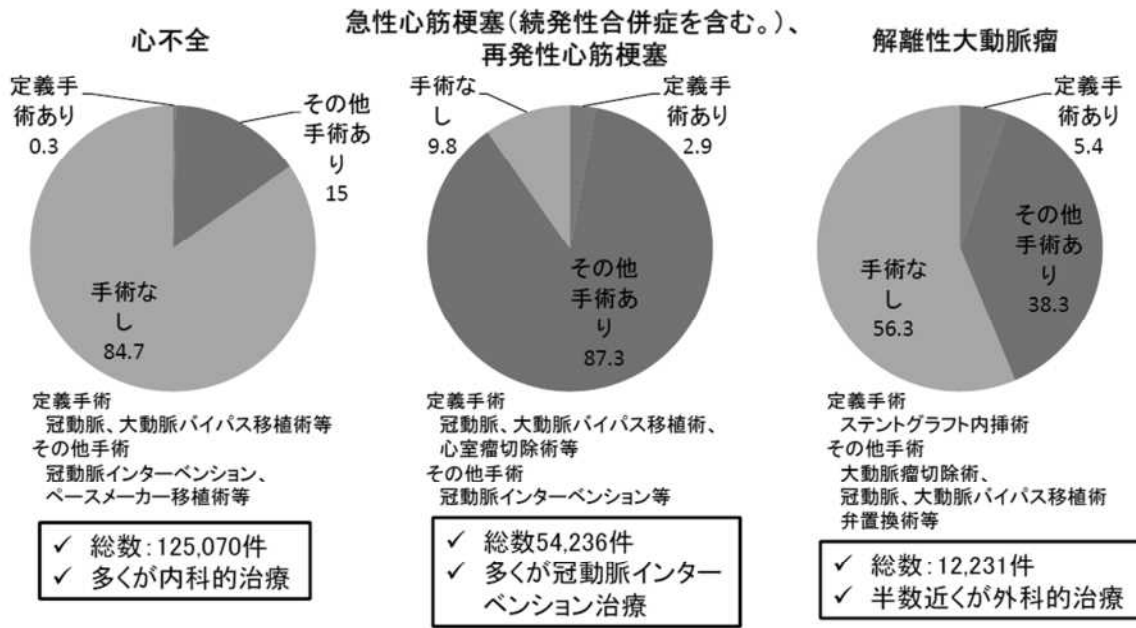
(心血管疾患のリハビリテーション)

指標名	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
心血管疾患リハビリテーション(Ⅰ)が実施可能な医療機関数	23	0	1	5	2	4	4	1	6	2019年	診療報酬施 設基準
心血管疾患リハビリテーション(Ⅱ)が実施可能な医療機関数	2	0	0	0	0	1	1	0	0	2019年	診療報酬施 設基準

(在宅への復帰)

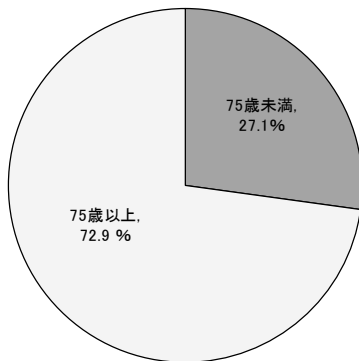
指標名	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
退院患者平均在院日数	8.5	2	41.3	5.7	3.7	5.7	8.1	5.6	11.5	2017年	患者調査
在宅等生活の場に復帰した患者数 [0.1千人]	10.8	0	0.5	2.3	1	2.3	0.7	1.1	2.9	2017年	患者調査
(在宅等生活の場に復帰した患者の割合)	93.5	-	87	93.1	95.7	91.7	100	98.2	92.5		

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



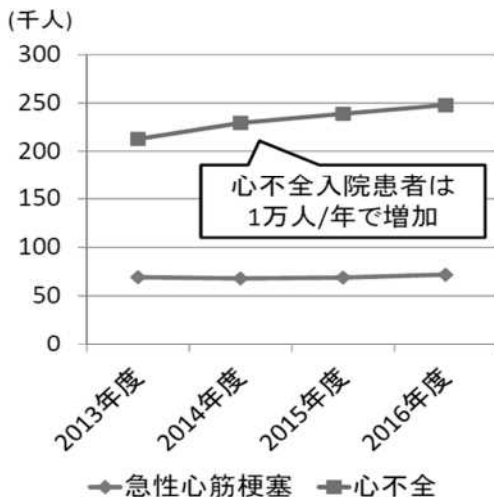
(出典: 第3回心血管疾患ワーキンググループ 資料1より一部改変)

○心不全において 75 歳以上の患者が占める割合



(出典: 厚生労働省 2017年患者調査)

○急性心筋梗塞と心不全の入院患者の推移



(出典: 日本循環器学会循環器疾患診療実態調査報告書)

(2016年度実施・公表)

4 糖尿病

【対策のポイント】

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

【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 糖尿病の現状

- 糖尿病は、インスリン作用の不足による慢性の高血糖状態を主とする代謝疾患です。
- インスリンを合成・分泌する細胞の破壊・消失によるインスリンの作用不足を主要因とする1型糖尿病と、インスリン分泌低下・抵抗性等をきたす遺伝子に、過食、運動不足、肥満、妊娠などの環境因子及び加齢により発症する2型糖尿病に分かれます。
- インスリン作用不足により高血糖が起こると、口渇、多飲、多尿、体重減少等の症状が見られ、その持続により合併症を発症します。糖尿病の合併症には、高度のインスリン作用不足から急激に発症する糖尿病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性網膜症や糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害、脳梗塞、心筋梗塞¹等の慢性合併症があります。
- 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。
- 全国の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、糖尿病性腎症が原疾患である者は約1万6千人（約42%）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。

¹ 糖尿病は心血管疾患の危険因子の一つである。国内外からの過去の数多くの報告では、糖尿病患者の冠動脈疾患発症リスク、冠動脈疾患による死亡リスクは健常人に比べ数倍高いことが明らかにされている。また、糖尿病を合併する心筋梗塞を含む急性冠症候群者における中長期の心血管事故の発生は、非糖尿病患者に比べて高い。

- 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10万人当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おり、養成が急務です。
- 本県の人口10万人当たりの糖尿病看護認定看護師数は0.3人で、全国平均0.7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²（CDE³）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。
- 県内では地域CDEの資格試験が行われていますが、日本CDEも含めCDEの配置が診療報酬において評価されていないこともあり、資格取得者の退職や資格更新しないこと、勤務先による糖尿病部門以外への配置換えが行われること等が指摘されています。

(初期安定期治療の状況)

- 本県の人口10万人当たりの糖尿病内科（代謝内科）を標榜する病院数は0.7、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10万人当たりの教育入院を行う医療機関数は0.1で、全国平均0.1と同程度です。
- 本県の人口10万人当たりの1型糖尿病に対する専門的な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10万人当たりの糖尿病足病変⁴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。

² 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

³ CDE（Certified Diabetes Educator）：日本CDEは、一般社団法人日本糖尿病療養指導士認定機構による認定資格

⁴ 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

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。
- 特定健診受診率は、2019年度が57.8%（期待値62.7%）と、目標達成には更なる取組が必要です。
- 特定健康診査受診者データを分析し、その結果を見える化し、生活習慣との関連や地域差など、糖尿病の発症因子やリスクを住民に分かりやすく伝えることで、生活習慣改善及び発症予防の動機付けをすることが必要です。
- 糖尿病の初期は、自覚症状が乏しいことから、特定健康診査や職域での健康診査等を受診することが早期発見の鍵となるため、健康診査等の受診率を上げることが必要です。
- 糖尿病性網膜症や糖尿病性腎症など重篤な合併症を予防するためには、良好な血糖コントロール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性網膜症や糖尿病性腎症の早期発見に努める必要があります。
- 糖尿病性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。
- 糖尿病性腎症は末期腎不全に進んで透析導入となる原因疾患の第1位です。糖尿病性腎症が発症した場合には、糖尿病としての管理・指導に加えて、将来透析が必要になる可能性があることを早い段階から患者と家族に認識していただき慢性腎臓病として指導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⁵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。
- かかりつけ医の定期的な受診のためには、患者や家族が、重症化や合併症のリスクの状態を、一目で理解できるような可視化の方法が開発されることが望ましいとされています。
- 初期・安定期の治療においても、最新の医療機器⁶、治療薬⁷による薬物療法、食事療法及び運動療法の啓発が必要です。
- 初めて糖尿病と診断された患者においても、すでに糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症等を合併し

⁵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。

⁶医療機器：簡易血糖測定器（持続グルコースモニタリングを含む）など

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

ていることがあるため、糖尿病の診断時から各診療科が連携を図る必要があります。安定期の治療を行う医療機関、専門治療や急性合併症に対応する医療機関、慢性合併症の治療を行う医療機関との連携が必要です。

(ウ) 専門治療や急性合併症の治療

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

(エ) 慢性合併症の治療

- 慢性合併症の検査に加え、発症後、速やかに専門的な治療が受けられる必要があります。
- 糖尿病の重症化による合併症である糖尿病腎症を予防するため、静岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムや各地域版のプログラムの策定、普及が必要です。

(オ) 地域との連携

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

(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、保険者のデータヘルスを推進する他、地域や健保組合ごとの特性を分かりやすく伝え、住民の理解を深めることで、生活習慣改善の動機付けとなるよう支援します。
- 特定健康診査の結果に基づき、適切な受診勧奨及び食事指導等の生活習慣改善のための保健指導ができるよう、保険者等に必要な助言支援等を行います。
- 歯周病がある人は糖尿病発症のリスクが高いことと、歯周病治療が糖尿病発症予防に有効であ

ることを啓発します。歯周病を診察する歯科医は、糖尿病がないかどうか、かかりつけ医に相談することを促し、かかりつけ医は歯科医へ歯周病の治療を相談するよう促します。

○歯周病検診において、歯周病と糖尿病との関係について啓発します。

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

(イ) 初期・安定期の治療

○糖尿病が早期に確実に診断されるように、特定健康診査の結果に基づいた適切な受診勧奨を推進します。

○糖尿病患者のかかりつけ医は定期的な診察により良好な血糖コントロールを目指した治療を継続し、急性憎悪時や糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症等合併症の定期受診時には専門医療機関を紹介します。かかりつけ医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。

○治療中断の防止に有効な可視化の方法について、国や関連学会、関係団体による開発の状況を注視していきます。

(ウ) 専門治療・急性憎悪時の治療、慢性合併症の治療

○安定期の治療を行う医療機関と血糖コントロール困難例への治療や慢性合併症の治療を行う専門医療機関との、地域での切れ目のない医療連携体制の整備を進めるほか、地域の医療機関間での患者情報の共有を進めます。

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

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

(エ) 地域との連携

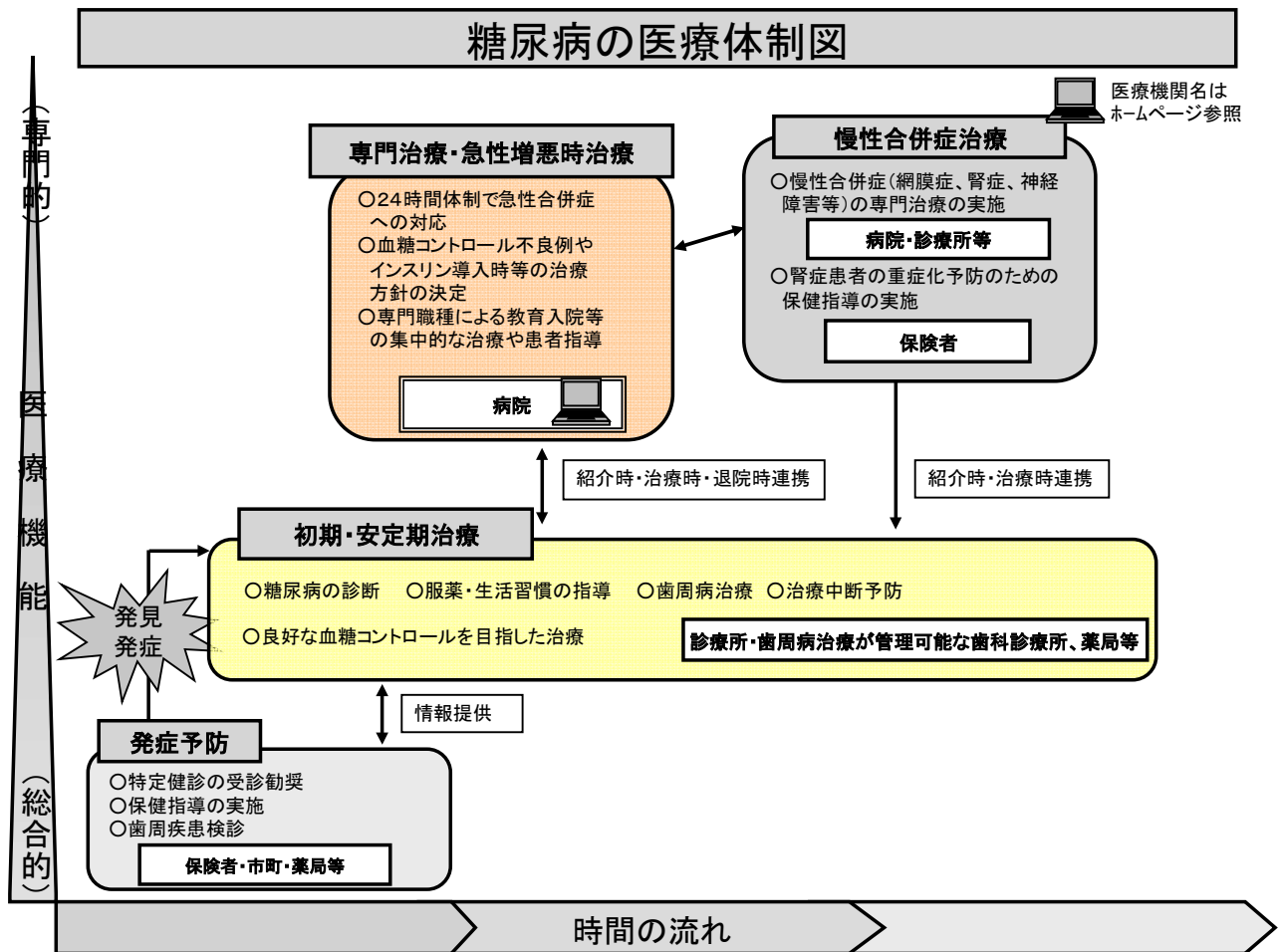
○医療従事者が地域での健康づくりや生活習慣病予防の活動に協力できる体制を作ります。

○糖尿病の発症予防、重症化予防を行う市町及び保険者等と糖尿病及びその合併症の治療を行う医療機関や薬局において、情報共有や連携協力体制の構築を進めます。

(3) 「糖尿病」の医療体制に求められる医療機能

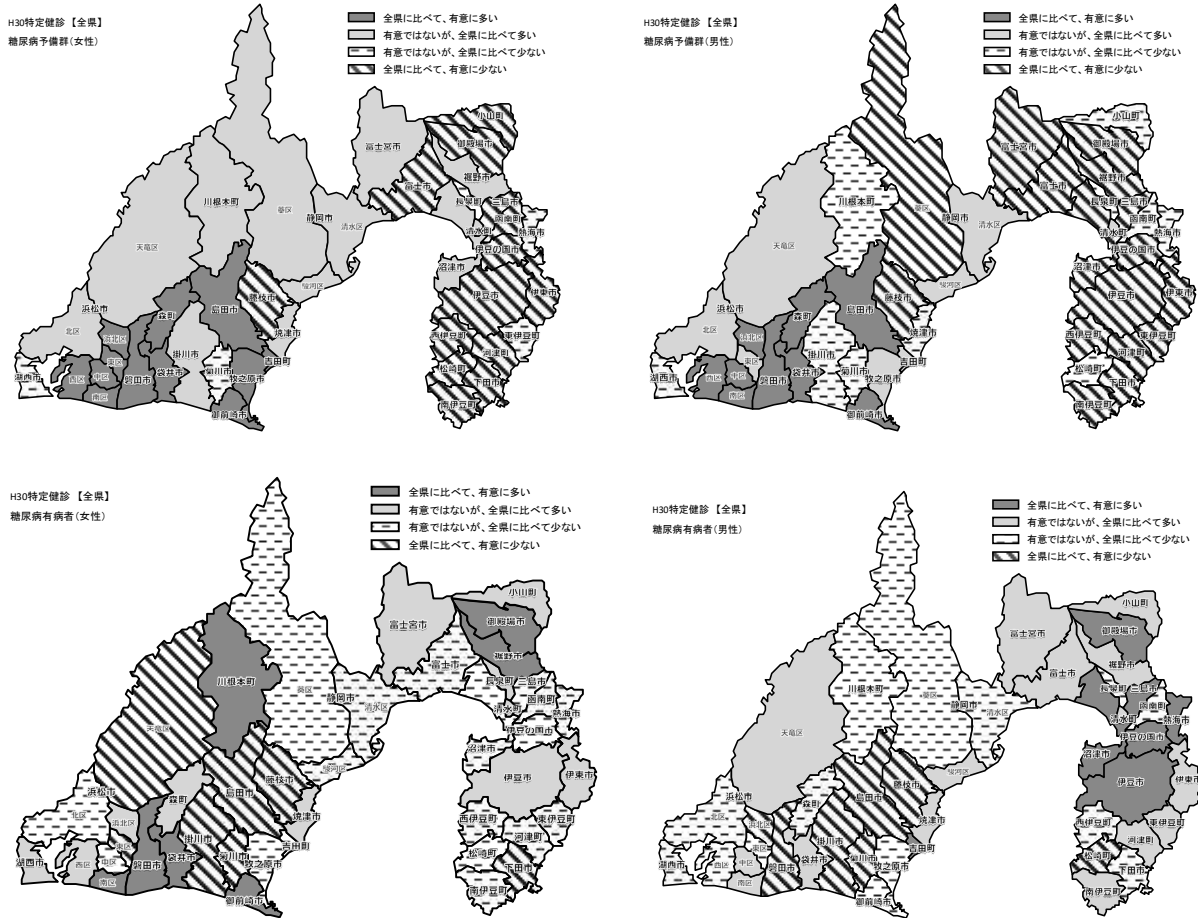
	発症予防	初期・安定期治療	専門治療・急性増悪時治療	慢性合併症治療	地域と連携
ポイント	<ul style="list-style-type: none"> ○特定健診の受診勧奨 ○保健指導の実施 ○生活習慣に関する普及啓発 	<ul style="list-style-type: none"> ○糖尿病の診断・耐糖機能異常の診断及び生活習慣の指導を実施 ○良好な血糖コントロールを目指した治療 	<ul style="list-style-type: none"> ○血糖コントロール指標を改善するために教育入院等の集中的な治療を実施 ○糖尿病昏睡等急性合併症の治療を実施 	<ul style="list-style-type: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

(4) 「糖尿病」の医療体制図



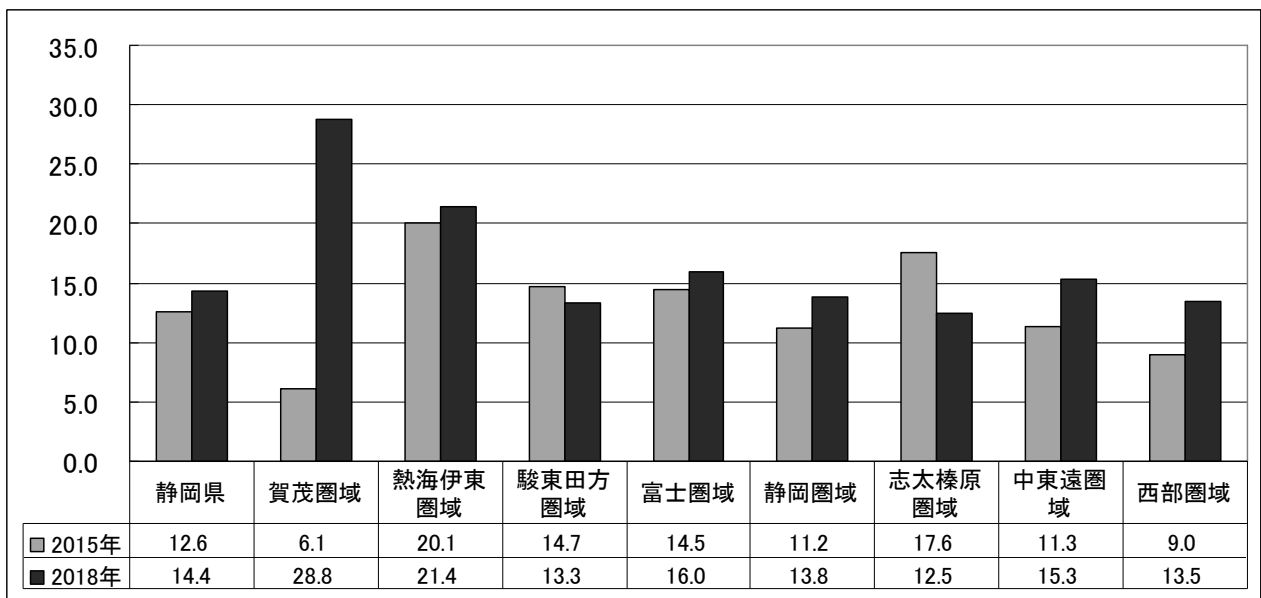
(5) 関連図表

○糖尿病有病者数



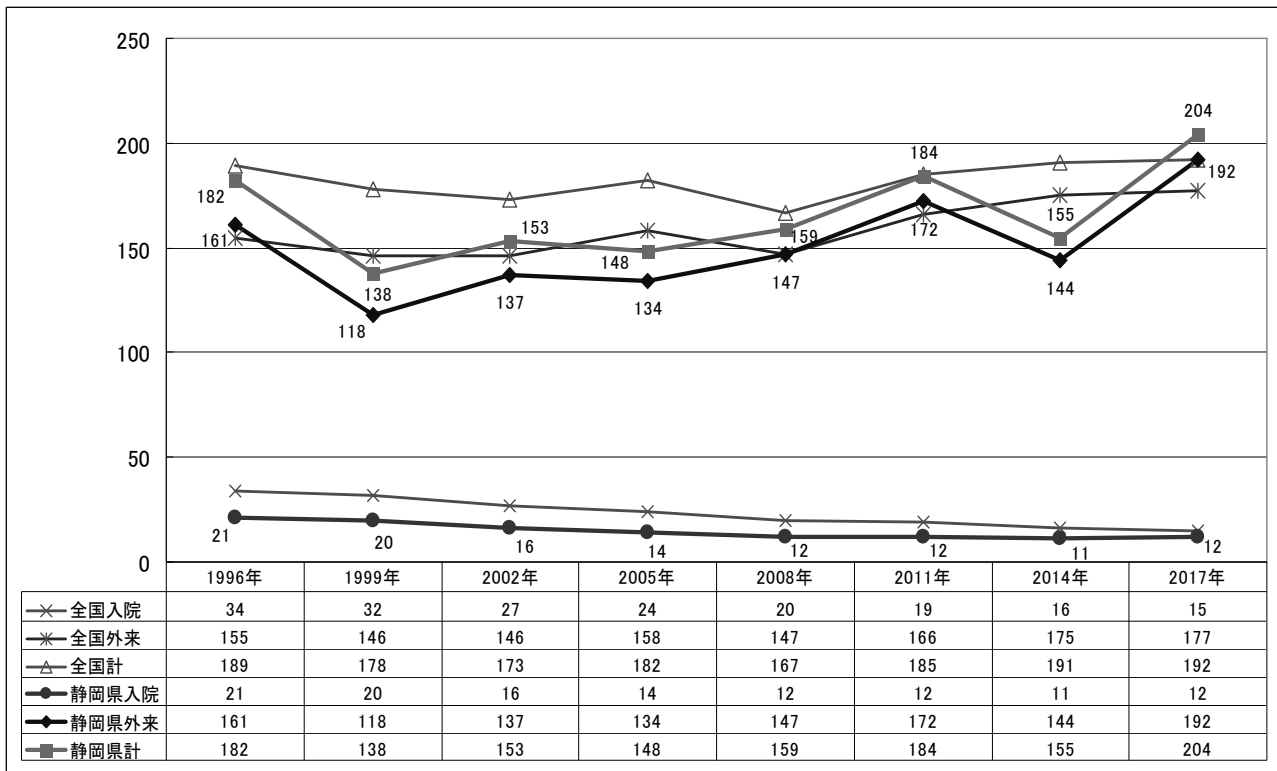
(出典：静岡県総合健康センター「2018年度特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」)

○保健医療圏別の糖尿病死亡率(人口10万対)



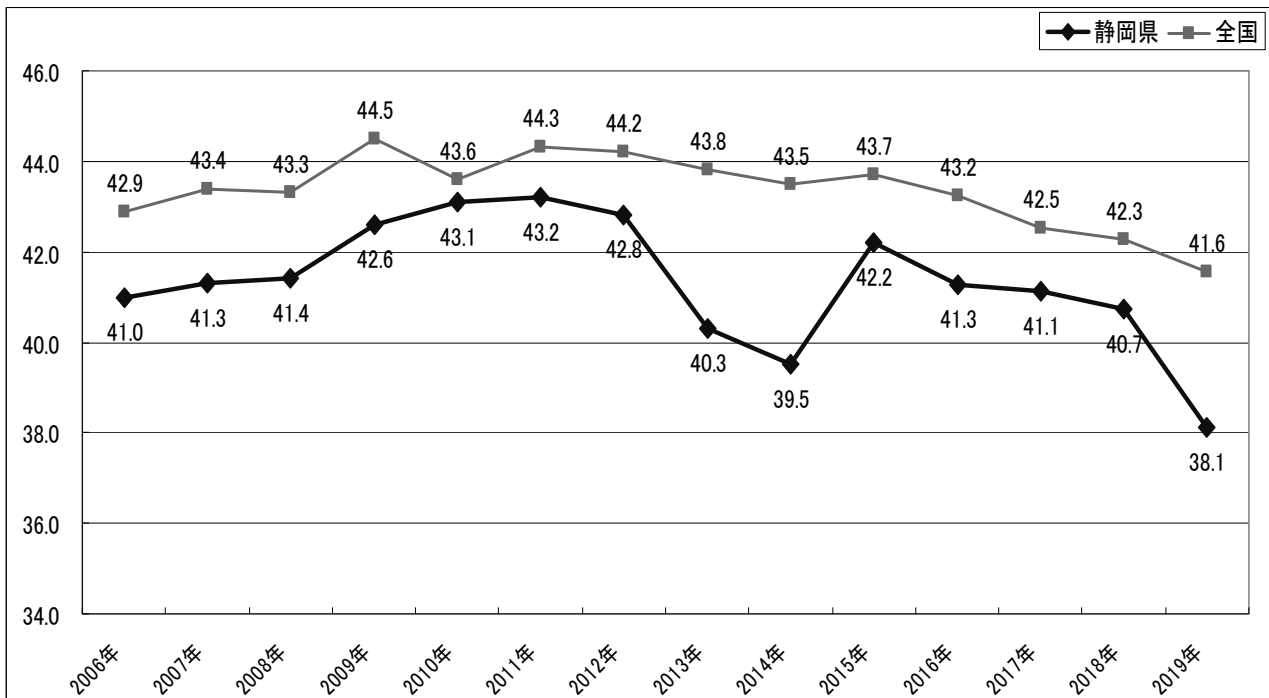
(出典：厚生労働省「2018年人口動態統計」より)

○ 入院、外来別受療率（人口10万人対）



（出典：厚生労働省「2017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	—	115	—	5	15	9	29	11	9	37	2018年	医師・歯科 医師・薬剤 師調査
(10万人あたり)	—	3.1	—	4.9	2.3	2.4	4.2	2.4	1.9	4.3		
糖尿病専門医数	5919	108	—	—	—	—	—	—	—	—	2019年 10月4日	日本糖尿病 学会
(10万人あたり)	4.6	2.9	—	—	—	—	—	—	—	—		
糖尿病指導士数	19095	412	—	—	—	—	—	—	—	—	2019年 8月5日	日本糖尿病 療養指導士 認定機構
(10万人あたり)	15.0	11.1	—	—	—	—	—	—	—	—		
糖尿病看護認定看護師数	904	10	—	—	—	—	—	—	—	—	2020年 1月31日	日本看護 協会
(10万人あたり)	0.7	0.3	—	—	—	—	—	—	—	—		

(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	1424	27	—	4	8	1	3	3	3	5	2017年	医療施設 調査
(10万人あたり)	1.1	0.7	—	3.9	1.2	0.3	0.4	0.7	0.6	0.6		
糖尿病内科(代謝内科)を標榜する 一般診療所数	531	13	—	—	4	1	3	1	—	4	2017年	医療施設 調査
(10万人あたり)	0.4	0.3	—	—	0.4	0.3	0.4	0.2	—	0.5		
I型糖尿病患者に対する専門的治療を行 う医療機関数	1363	34	—	—	—	—	—	—	—	—	2019年	診療報酬 施設基準
(10万人あたり)	1.1	0.9	—	—	—	—	—	—	—	—		

(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	—	65	2	6	15	5	9	4	6	18	2019年 3月31日	診療報酬 施設基準
(10万人あたり)	—	1.7	3.2	5.8	2.3	1.3	1.3	0.9	1.3	2.1		
歯周病専門医数	1130	19	—	—	—	—	—	—	—	—	2019年 10月31日	日本歯周病 学会
(10万人あたり)	0.9	0.5	—	—	—	—	—	—	—	—		
新規下肢切断術件数	7852	212	—	—	—	—	—	—	—	—	2019年	NDB [※] 解析
(10万人あたり)	6.2	5.7	—	—	—	—	—	—	—	—		

5 肝炎

【対策のポイント】

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

【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)	28.1 (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)	83 人 (2019 年)	50 人以下 (2022 年)	目標に向け数値が改善

(1) 現状と課題

ア 肝炎の現状

- 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。

イ 本県の状況

(肝炎ウイルス感染者の状況)

- 県内の肝炎ウイルス感染者は、B型 3.3～4.2 万人、C型 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 年の保健医療圏別の肝疾患死亡率では、賀茂医療圏、熱海伊東医療圏、駿東田方医療圏、富士医療圏及び静岡医療圏が県全体より高く、東高西低の状況にあります。

(医療連携体制の状況)

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

ウ 医療提供体制

(ア) 肝炎ウイルス検査

- 肝炎ウイルス感染を発見し、早期の治療開始につなげるために、肝炎ウイルス検査は、大変に重要です。市町、保健所及び県委託医療機関では、無料で検査を実施しており、検査実績は、年間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。

(イ) 肝炎ウイルス検査陽性者等のフォローアップ

- 市町、保健所、県委託医療機関及び全国健康保険協会静岡支部のいずれかが実施したB型・C型肝炎ウイルス検査の結果、陽性と判定された者に対し、初回精密検査の費用を助成しています。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。

(ウ) 肝炎患者に対する支援

- 2008年度から、B型・C型慢性肝炎等に対する抗ウイルス療法（肝炎ウイルスの排除やその増殖を抑制する治療）の医療費の助成事業を実施しています。
- 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) 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	肝疾患死亡率 (人口10万人当たり)	28.1 (2019年)	27.0以下	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	83人 (2019年)	50人以下	半減を目指す	厚生労働省「人口動態統計」
新規	肝がんり患率 (人口10万人当たり)	11.6 (2017年)	12.0以下	第3期静岡県肝炎対策推進計画の目標値を維持	静岡県地域がん登録報告書

イ 施策の方向性

(ア) 肝炎に関する正しい知識の普及と新規感染予防の推進

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

(イ) 肝炎ウイルス検査の受検勧奨と検査陽性者に対する受診勧奨

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

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。

(ウ) 肝炎医療を提供する体制の確保

- 肝炎患者等が、身近な医療機関や薬局で適切な医療を継続して受けられるように、静岡県肝炎診療連携拠点病院、地域肝炎診療連携拠点病院及び肝炎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炎かかりつけ医と地域肝炎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。

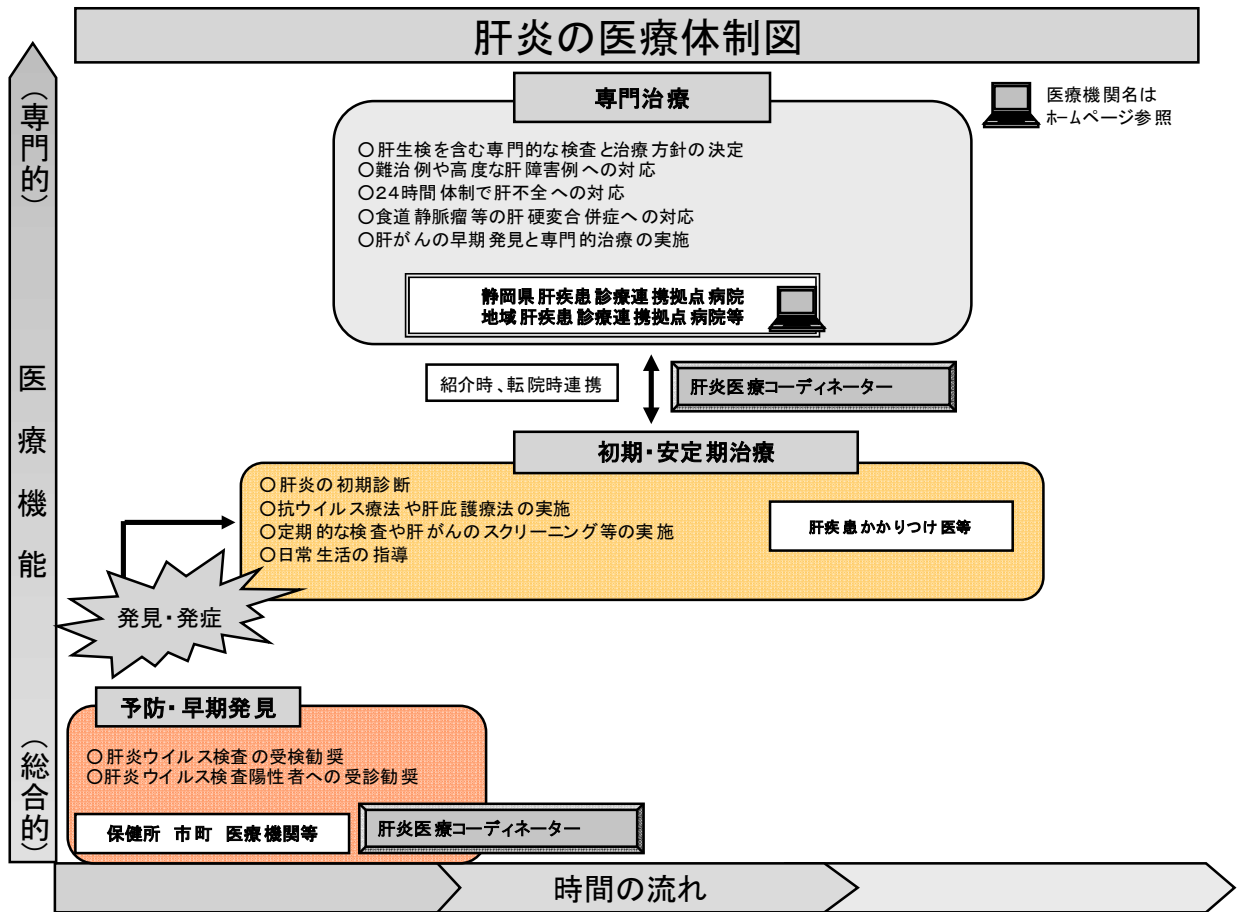
(エ) 肝炎患者等及びその家族に対する支援の充実

- 肝炎患者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炎相談・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。

(3) 「肝炎」の医療体制に求められる医療機能

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

(4) 「肝炎」の医療体制図



(5) 関連図表

○肝炎患者数の推定

	全国		静岡	
	B型	C型	B型	C型
キャリア ※1	110～140 万人	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）

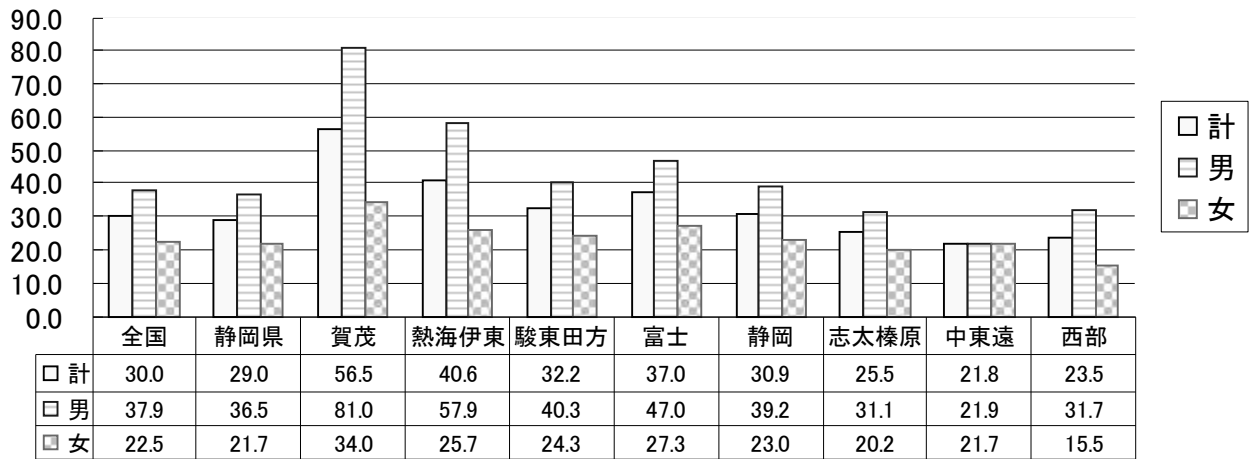
（静岡県）静岡県地域がん登録報告書 肝がん：肝及び肝内胆管の悪性新生物

○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

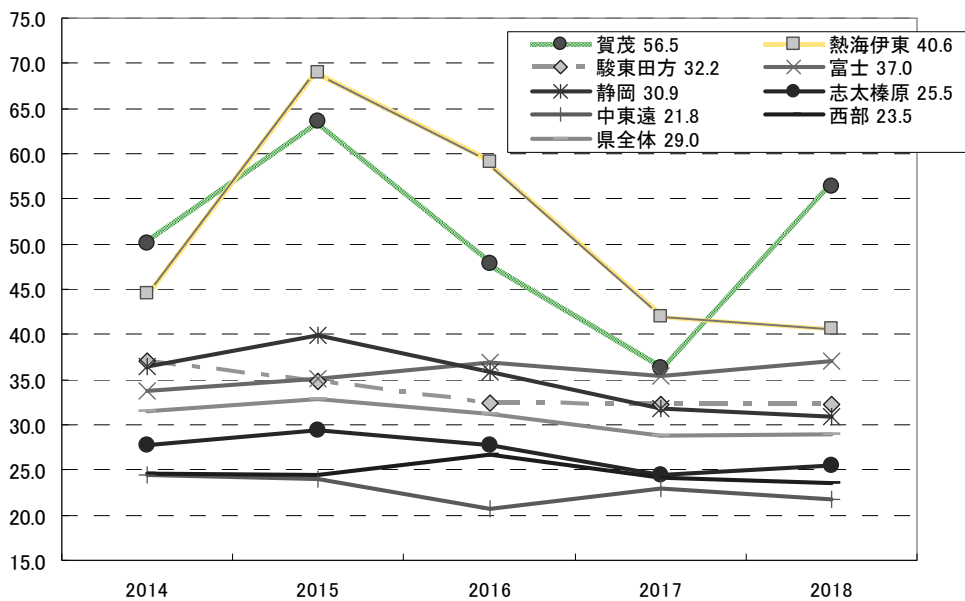
出典：人口動態統計（厚生労働省）のうち「01400ウイルス性肝炎」、「11301肝硬変（アルコール性を除く）」、「02106肝及び肝内胆管の悪性新生物」を掲出
死亡率は人口10万当たりの死亡率（死亡者数）を算出

○保健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

○保健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)	3,188 人 (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)	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)	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)	91.9% (2017 年度)	90%以上 (2020 年度)	目標値を達成

(1) 現状と課題

ア 精神疾患の現状

- 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働能力の低下などにより、本人の生活の質の低下をもたらすとともに、社会経済的な損失を招きます。
- 少子化によって一般小児科の受診者数が減少しているのに対し、児童精神科を標榜する医療機関を受診する子どもの数は増加しており、近年では初診までの待機日数の長期化が常態化しています。長期的視点に立てば、児童精神科医療の充実は、子どもの心の問題の遷延化を防ぎ、ひきこもりやうつ病、自殺など、成人期の心の問題の予防対策にも大きく寄与することになります。

イ 本県の状況

（精神科病院等の状況）

- 2021年4月1日現在、精神病床を有する県内の病院数は39病院（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、6,517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)

- 県内の精神病床を有する病院に入院している人は、精神科病院月報によると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2001年から2005年度に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、高次脳機能障害者は全国に

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と言われてしています。

（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、各保健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。2020年は5年ぶりに自殺者数が増加し、新型コロナウイルス感染症の影響が懸念されています。

（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。

ウ 医療提供体制

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

(ア) 適正な医療の確保等

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

(イ) 多様な疾患ごとの医療連携体制の構築

- 精神疾患は、症状が多様であるとともに自覚しにくいという特徴があるため、症状が比較的軽いうちには精神科医療機関を受診せず、症状が重くなり入院治療が必要になって初めて精神科医療機関を受診するという場合が少なくありません。また、重症化してから入院すると、治療が困難になるなど、長期の入院が必要となってしまう場合もあります。
- このため、統合失調症、うつ病・躁うつ病(双極性感情障害)、依存症、PTSD、高次脳機能障害、摂食障害、てんかんなど多様な精神疾患ごとに対応できる医療機関を明確にし、早期に必要な精神科医療が提供される医療体制の確保が必要です。
- 富士圏域では、富士市医師会を中心として、一般医と精神科医との連携による、うつ病の早期発見・早期利用を目的とする「紹介システム」の構築に2006年度から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。

(ウ) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

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

(エ) 精神科救急体制

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

(オ) 身体合併症

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

(カ) 自殺対策

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

(キ) 医療観察法における対象者への医療提供体制

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

(ク) 児童・思春期精神疾患の医療提供体制

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

(2) 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、浜松医科大学医学部附属病院及び県立こころの医療センターを全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築します。

【依存症】

- 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、てんかん支援拠点病院である静岡てんかん・神経医療センターを全域拠点機関とし、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。
- 新型コロナウイルス感染症の影響に伴う新たな課題に対応した自殺総合対策の取組を推進します。

(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。

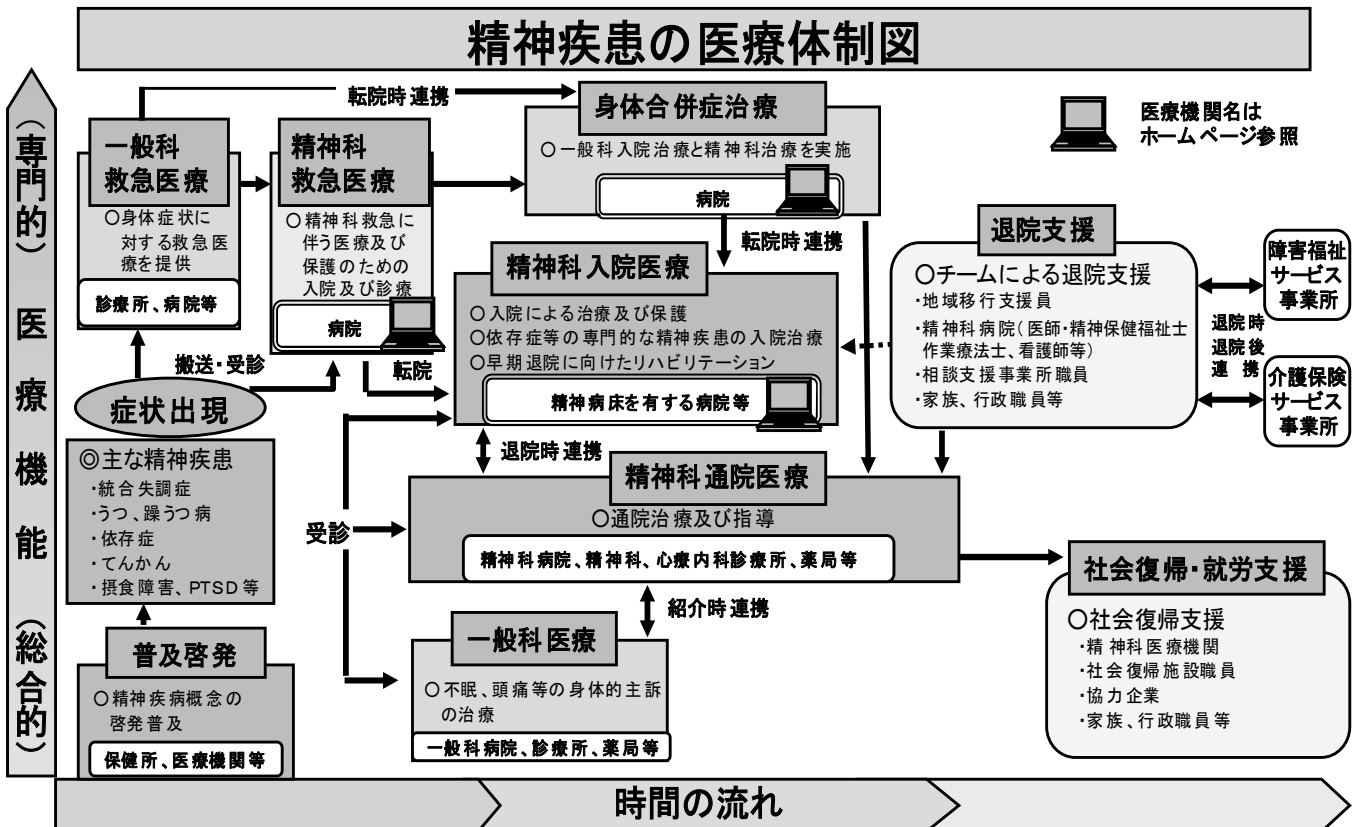
(ク) 児童・思春期精神疾患の医療連携体制の構築

- 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。

(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	・退院可能精神障害者の在宅療養に向けた支援を実施 ・専門的な精神疾患の治療 ・精神科入院医療、身体合併症治療、一般科医療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携	・地域で継続した療養生活、社会復帰の支援 ・精神科通院医療を行う医療機関との連携

(4) 「精神疾患」の医療体制図



(5) 関連図表

○ 県内の精神病床における入院患者数

区分	人数	調査年	調査名等
急性期（3か月未満）	1,158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		

○ 県内の精神病床における退院率

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

○ 県内の精神病床を有する病院における入院患者数の推移

	合計	措置入院	医療呆滞入院	任意入院	その他	伸び率
2016.3末	5,560人	27人	2,289人	3,229人	15人	—
2017.3末	5,508人	35人	2,546人	2,913人	14人	0.99%
2018.3末	5,454人	31人	2,375人	3,035人	13人	0.99%
2019.3末	5,350人	38人	2,344人	2,957人	11人	0.98%
2020.3末	5,283人	32人	2,373人	2,865人	13人	0.99%
2021.3末	5,269人	31人	2,404人	2,816人	18人	1.00%

(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	310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	41,078人	41,972人	42,190人	42,191人
自殺	人数 (B)	602人	588人	586人	564人	583人
	割合 (B/A)	1.5%	1.4%	1.4%	1.3%	1.4%
自殺の年齢 内 訳	19歳以下	13人	18人	23人	22人	17人
	20歳以上	65人	53人	60人	59人	75人
	30歳以上	76人	70人	75人	67人	79人
	40歳以上	115人	115人	89人	100人	112人
	50歳以上	105人	121人	98人	98人	89人
	60歳以上	99人	89人	106人	79人	76人
	70歳以上	76人	72人	86人	81人	89人
	80歳以上	53人	50人	49人	58人	46人
	不詳	0人	0人	0人	0人	0人
人口10万人当たり死亡率 (静岡県)		16.6人	16.3人	16.4人	15.9人	16.5人
人口10万人当たり死亡率 (全国)		16.8人	16.4人	16.1人	15.7人	16.4人
死因順位・静岡県 (全国)		8位 (8位)	10位 (9位)	10位 (10位)	11位以下 (11位以下)	10位 (11位以下)

(出典：厚生労働省「人口動態統計」)

【対策のポイント】

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

(1) 現状と課題

ア 発達障害の現状

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

イ 本県の状況

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

沼津市と島田市の2箇所を設置しています。民間委託に伴い、発達障害者支援センター診療所は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、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(精神科・児童精神科)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、東部地域の医療体制を補完しています。

ウ 医療提供体制

- 発達障害に対応した医療機関の調査を定期的実施し、医療機関に係る情報の共有化を図ることが必要です。
- 発達に遅れのある児童に早期療育支援を行う際には、医療による診断、カウンセリング等を行い、特性を踏まえて支援の方向性を決めていくことが望ましいため、診療機会を確保することが求められます。
- 地域において、発達障害の診断に対応できる医師や心理士を確保するため、発達障害を専門とする小児神経科医や児童精神科医の確保は長期的な視点に立って、地域で継続的に養成・確保するための拠点や体制の整備が必要です。また、看護師等の医療従事者の発達障害への理解促進も求められます。
- 発達障害の診療機会を確保するほか、診断・検査から発達支援に円滑につなぐため、地域の福祉、教育などの支援機関と医療機関の連携強化が求められます。
- 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

ア 施策の方向性

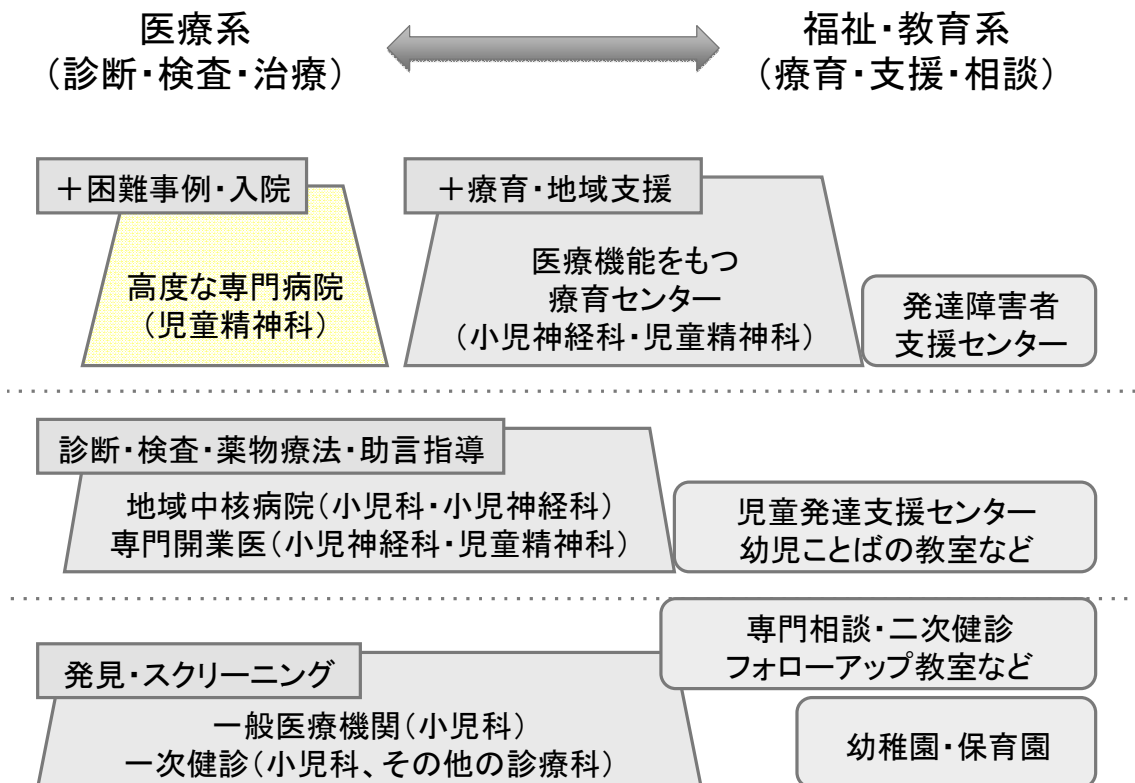
- 医療機関への定期的な調査を行い、発達障害に係る医療情報の提供を行います。
- 浜松医科大学への寄附講座による医師の養成をはじめ、小児神経科医や児童精神科医を地域で継続的に養成・確保する仕組みの検討など、専門医・専門的医療機関の確保を図ります。
- 医療から発達支援へつなぐための仕組みづくりなど、医療機関と福祉、教育などの支援機関の連携強化を進め、児童発達支援センターを中核とした重層的な地域支援体制の構築を図ります。
- 小児科医や看護師その他の医療従事者への研修の充実に努めるなど、地域の小児科医等の対応力の強化を図ります。特に、東部地域の医療の確保のため、発達障害の診療を行う病院の医師に対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

(3) 「発達障害」の医療体制に求められる医療機能

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

(4) 「発達障害」の医療体制図

発達障害(小児期)の医療体制に求められる医療機能



(5) 関連図表

○ 発達障害が診療できる医療機関数

1 調査概要

(単位：件)

区分	R1	R2	R3	前年度比
公表に同意した医療機関	111 (5 6)	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

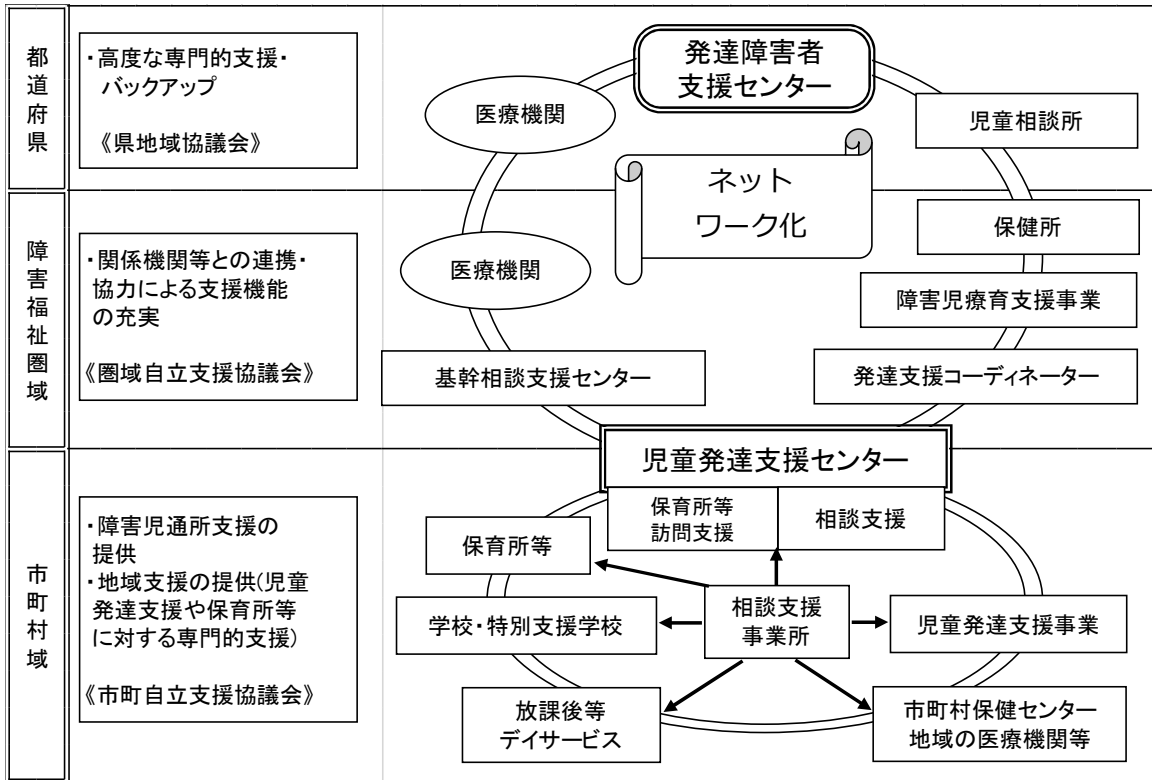
② 上記のうち診断と心理検査が可能な医療機関数

(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)

