

第3期

静岡県医療費適正化計画（素案）

【2018年度～2023年度】

2018年3月

静 岡 県

第3期 静岡県医療費適正化計画（素案） 目次

第1章	計画の基本的事項	
第1節	計画策定の趣旨	1
第2節	計画の基本理念	1
第3節	計画の位置付け	1
第4節	計画の期間	1
第2章	医療費の概況と取組の方向性	
第1節	医療費の概況	2
1	国民医療費の状況	2
2	後期高齢者医療費の状況	3
3	生活習慣病と医療費の状況	4
第2節	本県における取組の方向性	5
1	都道府県別国民医療費の状況	5
2	都道府県別後期高齢者の医療費の状況	6
3	生活習慣病と本県医療費の状況	7
4	当計画の方向性	7
第3章	住民の健康の保持の推進	
第1節	健康づくりの方針・戦略	8
1	健康寿命の延伸に向けた取組	8
2	県民の生涯を通じた健康づくりの推進	9
第2節	生活習慣病対策	11
1	生活習慣病対策の推進	11
2	生活習慣病等の重症化予防の推進	15
3	生活習慣病対策における数値目標	17
第3節	たばこ対策	18
1	喫煙・受動喫煙の現状	18
2	たばこ対策の推進	18
3	たばこ対策における数値目標	19
第4節	予防接種	20
1	予防接種の現状	20
2	予防接種にかかる取組	20

第4章	医療の効率的な提供の推進	
第1節	病床機能の分化及び連携並びに地域包括ケアシステムの構築	22
1	病床機能の分化及び連携	22
2	地域包括ケアシステムの構築	24
3	療養病床のあり方の見直し	26
第2節	疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療体制の構築	27
1	疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療体制の構築	27
2	疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療体制・施策の方向性	27
第3節	医薬品の適正使用等	52
1	医薬品の適正使用の推進	52
2	後発医薬品の使用推進	53
第5章	医療費	
第1節	医療費の現状	56
第2節	医療費の推計及び見通し	56
1	入院医療費の推計方法	56
2	入院外医療費の推計方法	57
3	医療費の推計結果	58
第6章	計画の進行管理	
第1節	計画の評価	59
1	進捗状況の公表	59
2	進捗状況に関する調査及び分析	59
3	実績の評価	59
第2節	計画の進行管理	60
1	関係団体等の役割分担	60
2	住民の健康の保持の推進	61
3	医療の効率的な提供の推進	61

第1章 計画の基本的事項

第1節 計画策定の趣旨

- 医療を取り巻く様々な環境が変化する中、国民皆保険を堅持し続けていくためには、医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、良質・適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図っていく必要があります。
- そのための仕組みとして、2006(平成18)年の医療制度改革において、医療費適正化を推進するための計画に関する制度が創設され、本県においても、2008(平成20)年4月に医療費適正化計画を策定し、2013(平成25)年には、新たに2017(平成29)年度を目標年次とする第2期計画を策定しました。
- 制度創設以降も少子高齢化は急速に進行しており、「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025(平成37)年の超高齢社会の到来を見据え、本県では、2016(平成28)年に静岡県地域医療構想を策定し、地域における効果的かつ効率的な医療提供体制の確保に取り組んでいます。
- こうした中、医療費適正化推進の体制強化に向けて、2015(平成27)年には計画の根拠法である「高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)」(以下、「法」という。)が改正されるとともに、2016(平成28)年には「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」(以下、「基本方針」という。)が改正されました。
- この基本方針に基づき、本県においても、第3期静岡県医療費適正化計画を策定します。

第2節 計画の基本理念

- 医療費適正化計画においては、「住民の健康の保持の推進」及び「医療の効率的な提供の推進」に関する目標を定めて取り組み、ひいては、住民の生活の質の維持及び向上を図ることを基本理念としています。
- 本県においても、この基本理念のもと、以下の二点について、県民、医療機関、医療保険者等の関係機関と協働し、「健康寿命の延伸」、「県民幸福度の最大化」を目指します。
 - ・「健康寿命の延伸」や「生活の質の向上」を目指し、生活習慣病予防等に取り組むこと。
 - ・いつでも、どこでも安心して必要な保健医療サービスが受けられる保健医療体制の整備水準の向上を図るため、医療機能の分化・連携など、医療体制の構築に取り組むこと。

第3節 計画の位置付け

- この計画は、法第9条に基づく計画です。
- 保健医療計画、健康増進計画、介護保険事業支援計画、国民健康保険運営方針等の健康福祉政策との調和を図り、保健・医療・福祉の一体的な取組を推進します。

第4節 計画の期間

- この計画は、2018(平成30)年度を初年度とし、2023(平成35)年度を目標年次とする6か年計画です。
- ただし、医療等を取り巻く状況の変化によって、必要に応じ再検討を加え、見直すこととします。

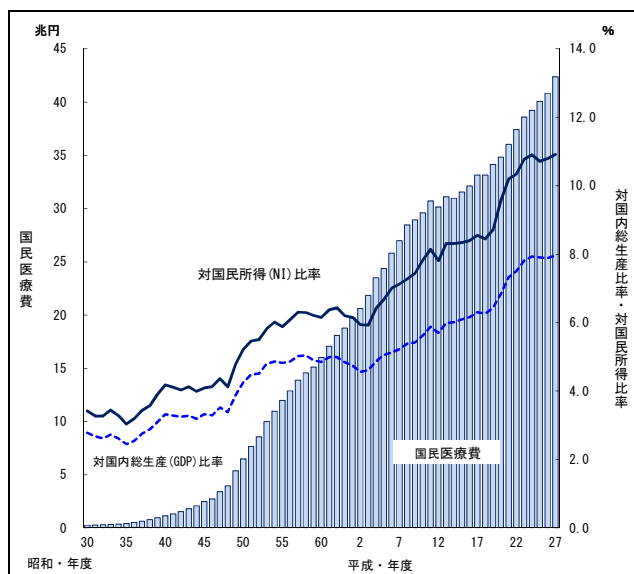
第2章 医療費の概況と取組の方向性

第1節 医療費の概況

1 国民医療費の状況

- 厚生労働省の公表した「2015(平成 27)年度国民医療費の概況」によると、2015(平成 27)年度の国民医療費は42兆3,644億円、前年度の40兆8,071億円に比べ、1兆5,573億円、3.8%の増加となっています。
- 国民医療費の国内総生産(GDP)に対する比率は7.96%(前年度7.88%)、国民所得(NI)に対する比率は10.91%(前年度10.79%)となっています。

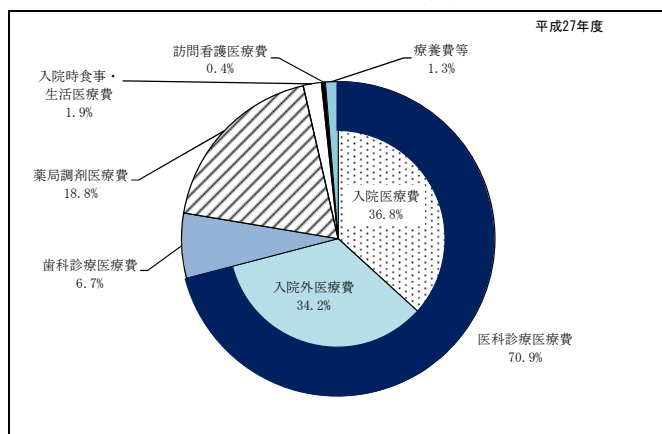
図2-1 国民医療費・対国内総生産・対国民所得比率の年次推移



資料：厚生労働省「2015(平成 27)年度国民医療費の概況」

- 診療種類別にみると、医科診療医療費は30兆461億円(構成割合70.9%)、そのうち入院医療費は15兆5,752億円(同36.8%)、入院外医療費は14兆4,709億円(同34.2%)となっています。

図2-2 診療種類別国民医療費構成割合

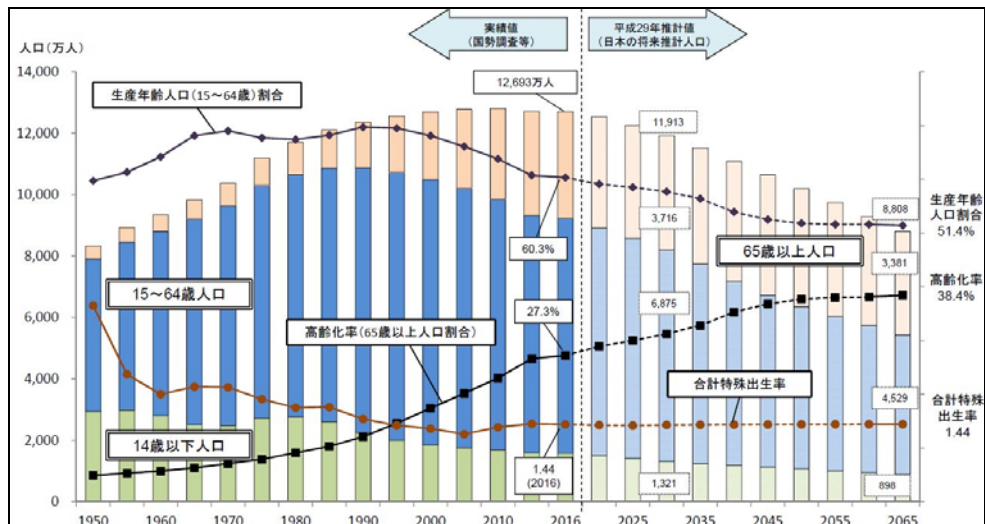


資料：厚生労働省「2015(平成 27)年度国民医療費の概況」

2 後期高齢者医療費の状況

- 国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、日本の人口は近年減少局面を迎えており、2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されています。
- 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するとされています。少子化が進行する中で生産年齢人口も減少し、急速な高齢化が進行すると予測されています。

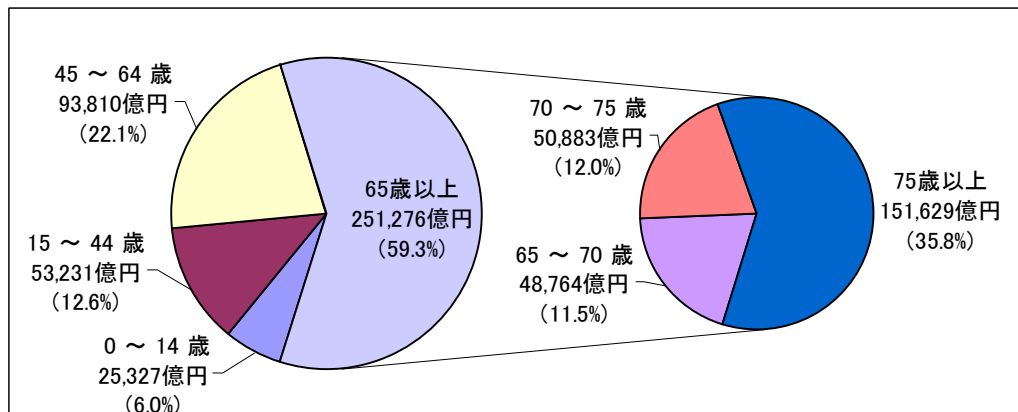
図2-3 日本の人口の推移



資料：厚生労働省作成資料¹

- 2015(平成27)年度の国民医療費を年齢階級別にみると65歳以上が25兆1,276億円(構成割合59.3%)を占め、人口一人当たり国民医療費でも、65歳未満が18万4,900円であるのに対して、65歳以上は74万1,900円となっています。

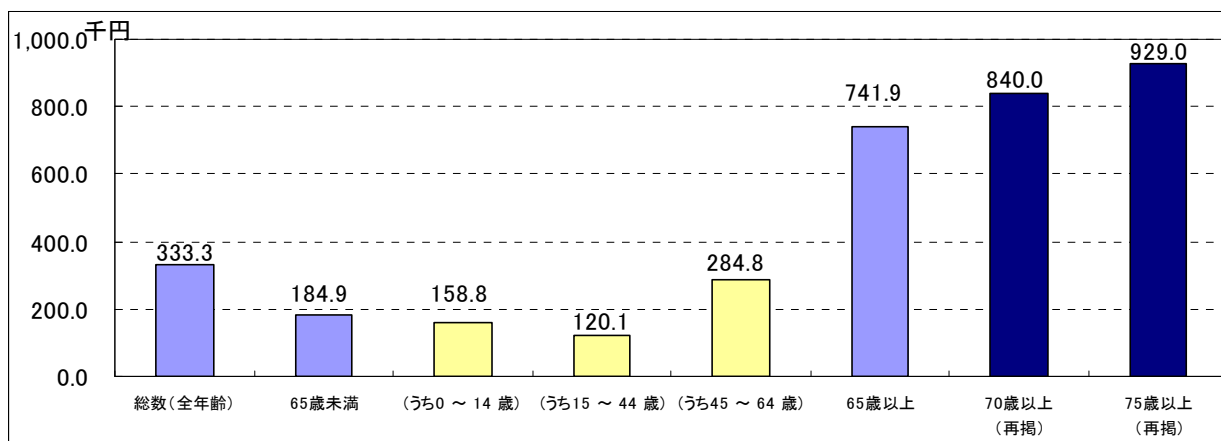
図2-4 年齢階級別国民医療費構成割合



資料：厚生労働省「2015(平成27)年度国民医療費の概況」

¹ 2016年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は2015年までは総務省「国勢調査」、2016年は総務省「人口推計」、2016年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」(※2015年までは確定値、2016年は概数)、2017年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」

図 2-5 年齢階級別人口一人当たり国民医療費

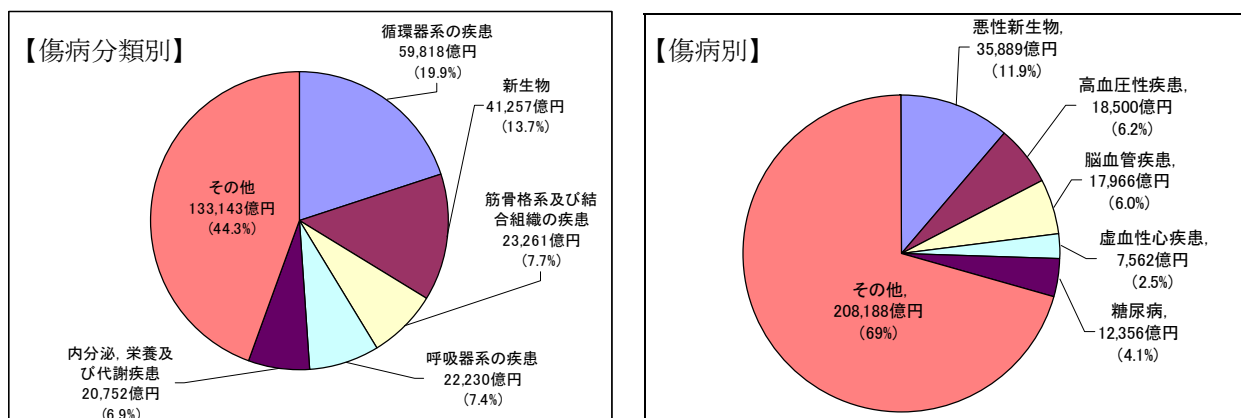


資料：厚生労働省「2015(平成27)年度国民医療費の概況」

3 生活習慣病と医療費の状況

- 2015(平成27)年度の国民医療費における医科診療医療費を主傷病による傷病分類別にみると、「循環器系の疾患」が5兆9,818億円(構成割合19.9%)で最も多く、次いで「新生物」が4兆1,257億円(13.7%)となっています。
- このうち、生活習慣病との関連性が高い傷病についてみると、「循環器系の疾患」のうち、「高血圧性疾患」が1兆8,500億円、「脳血管疾患」が1兆7,966億円、「虚血性心疾患」が7,562億円となっているほか、「内分泌、栄養及び代謝疾患」のうち、生活習慣病との関連性が高い「糖尿病」が1兆2,356億円となっており、これらで全体の18.8%を占めています。

図 2-6 傷病分類別医科診療医療費の構成割合



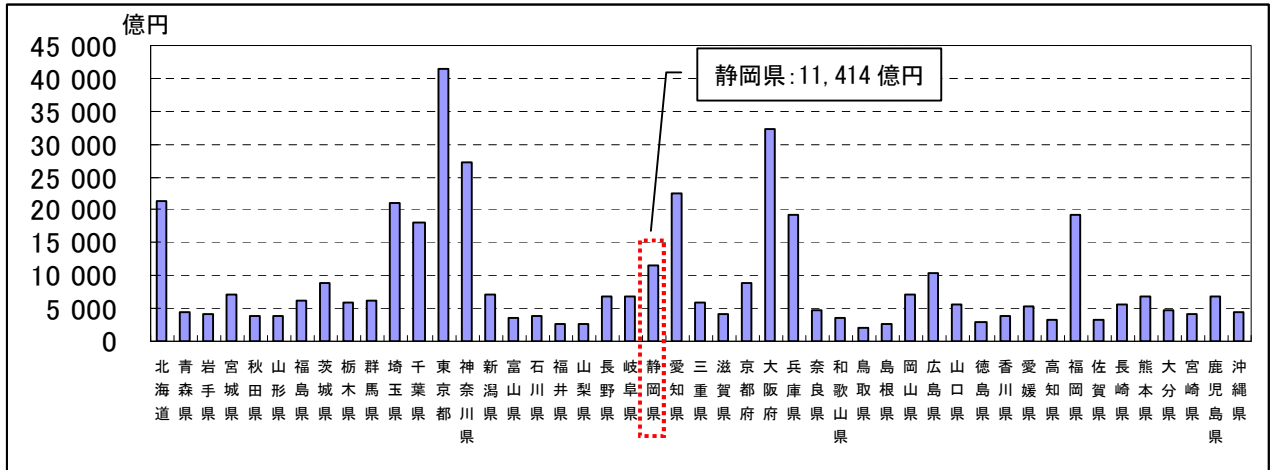
資料：厚生労働省「2015(平成27)年度国民医療費の概況」

第2節 本県における取組の方向性

1 都道府県別国民医療費の状況

○2015(平成27)年度の国民医療費を都道府県別にみると、本県の医療費は1兆1,414億円、前年度の1兆1,004億円に比べ、410億円、3.6%の増加となっています。

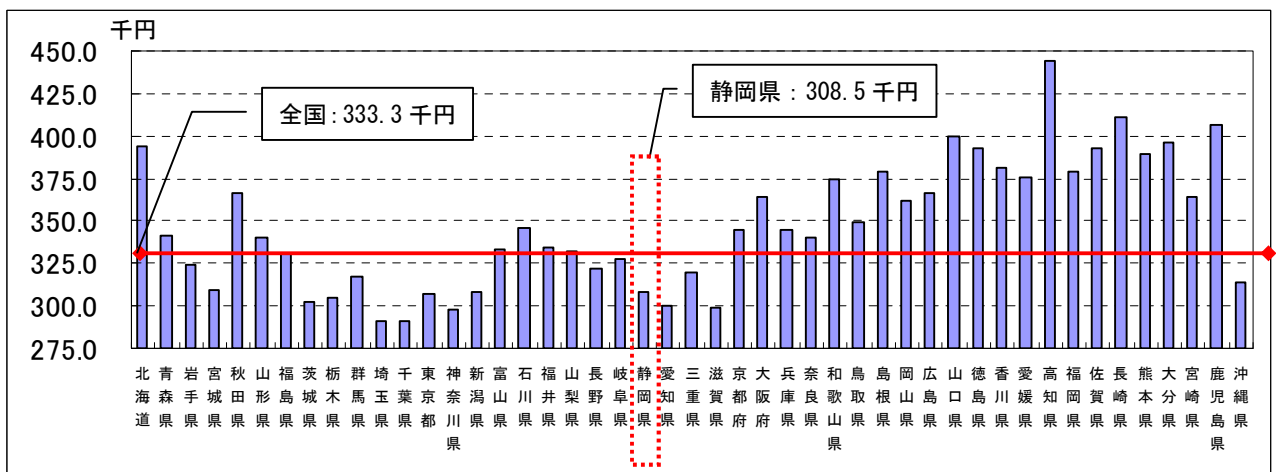
図2-7 都道府県別にみた国民医療費



資料：厚生労働省「2015(平成27)年度国民医療費の概況」

○人口一人当たり国民医療費をみると、本県は30万8,500円と、前年度の29万7,000円に比べ、1万1,500円、3.7%の増加となっており、全国平均の33万3,300円と比べ2万4,800円低く、全国で9番目に低い水準となっています。

図2-8 都道府県別にみた人口一人当たり国民医療費

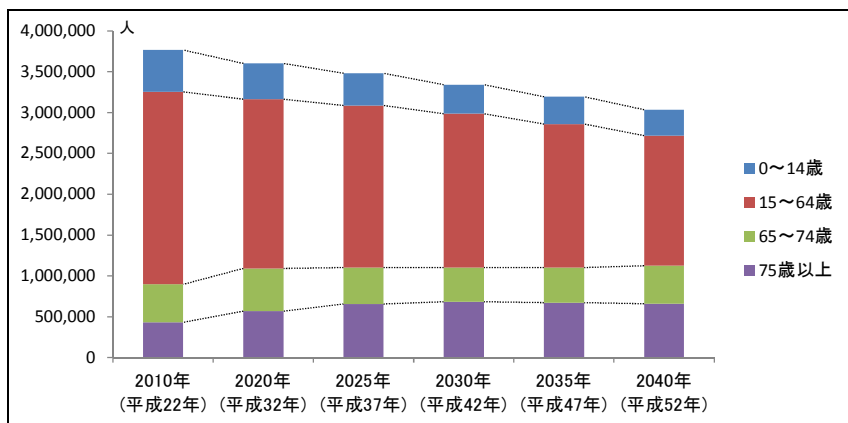


資料：厚生労働省「2015(平成27)年度国民医療費の概況」

2 都道府県別後期高齢者の医療費の状況

- 本県の総人口は、2016(平成28)年10月1日現在、3,686,945人ですが、2007(平成19)年12月の3,797,000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、2010(平成22)年から10年ごとの減少数が、16万4千人減、25万8千人減、30万8千人減と徐々に加速していくと推計されています。
- 団塊の世代が後期高齢者となる2025(平成37)年には、本県においても、県民の約5人に1人が75歳以上になると推計されています。

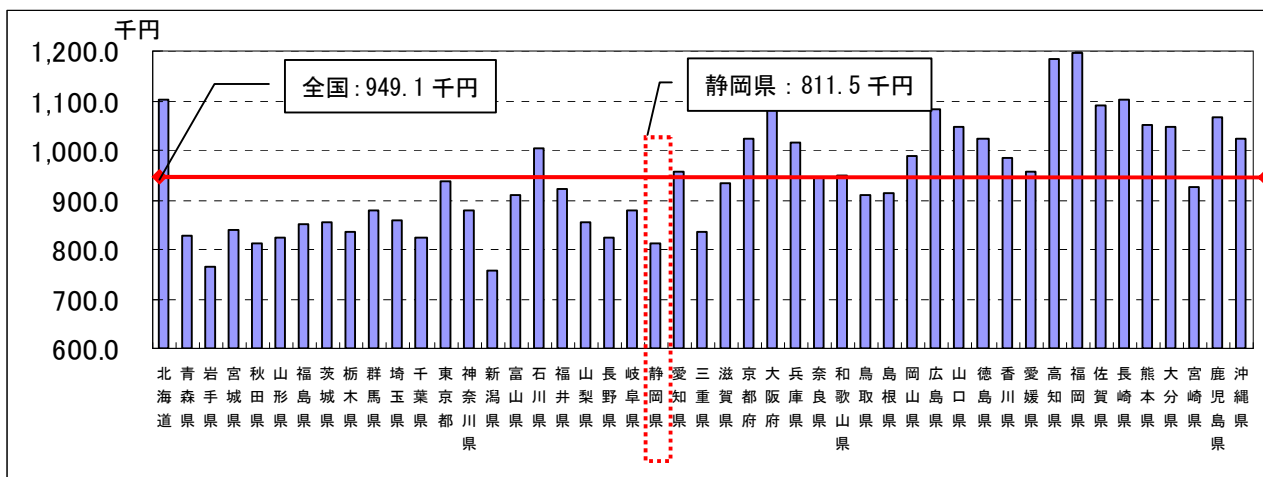
図2-9 静岡県の年齢階級別将来推計人口



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（2013(平成25)年3月中位推計）」

- 厚生労働省の公表した「2015(平成27)年度後期高齢者医療事業年報」のうち、後期高齢者（主に75歳以上の高齢者）の一人当たり医療費をみると、本県は81万1,493円となっており、全国平均の94万9,070円と比べ13万7,577円低く、全国で4番目に低い水準となっています。

図2-10 都道府県別にみた後期高齢者の一人当たり医療費

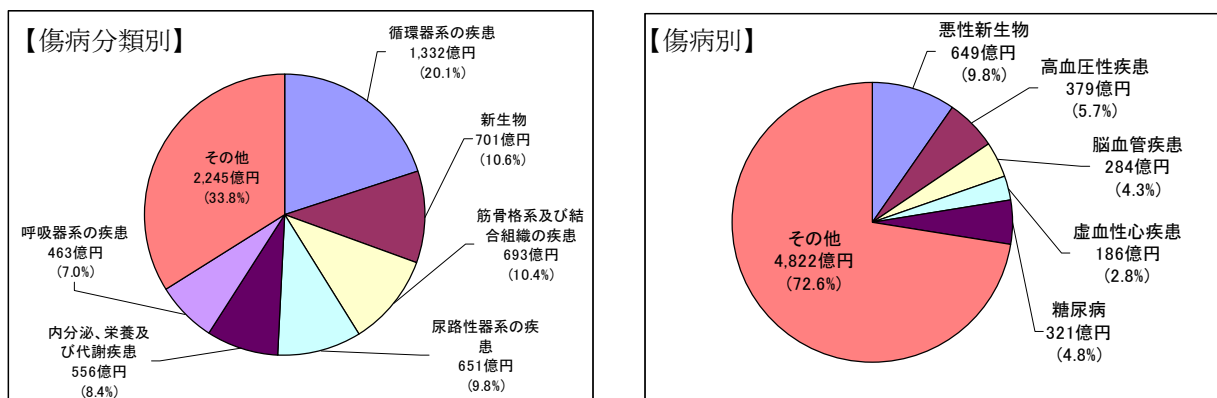


資料：厚生労働省「2015(平成27)年度後期高齢者医療事業年報」

3 生活習慣病と本県医療費の状況

- 2015(平成 27)年度の本県の国民健康保険及び後期高齢者医療保険における疾病分類別医療費をみると、「循環器系の疾患」が1,332億円(構成割合 20.1%)で最も多く、次いで「新生物」が701億円(10.6%)となっています。
- このうち、生活習慣病との関連性が高い傷病についてみると、「循環器系の疾患」のうち、「高血圧性疾患」が379億円、「脳血管疾患」が284億円、「虚血性心疾患」が186億円となっているほか、「内分泌、栄養及び代謝疾患」のうち、生活習慣病との関連性が高い「糖尿病」が321億円となっており、これらで全体の17.6%を占めています。

図 2-11 本県の国民健康保険及び後期高齢者医療保険における疾病分類別医療費の構成割合



資料：静岡県国民健康保険団体連合会提供データより作成

4 当計画の方向性

- 本県では県民の健康づくりの積極的な推進や、効果的・効率的な医療提供体制の構築に取り組んできました。医療費の状況は、全国的にみても適正な医療費水準を維持しています。
- しかし、高齢社会の到来を控え、住民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進により医療費適正化に取り組むことは、本県においても重要です。
- この計画では、第3章及び第4章において、医療費適正化に向けた本県の目標及び施策を示します。
- 第3章においては、住民の健康の保持の推進にかかる目標及び取組内容として、健康づくりの方針・戦略、生活習慣病対策、たばこ対策、予防接種について示します。
- 第4章においては、医療の効果的かつ効率的な提供の推進にかかる目標及び取組内容として、病床機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築、疾病・事業・在宅医療ごとの医療体制の構築、医薬品の適正使用等について示します。
- 第5章においては、計画期間における医療費の見込みについて示すほか、第6章においては、計画の進行管理について示します。

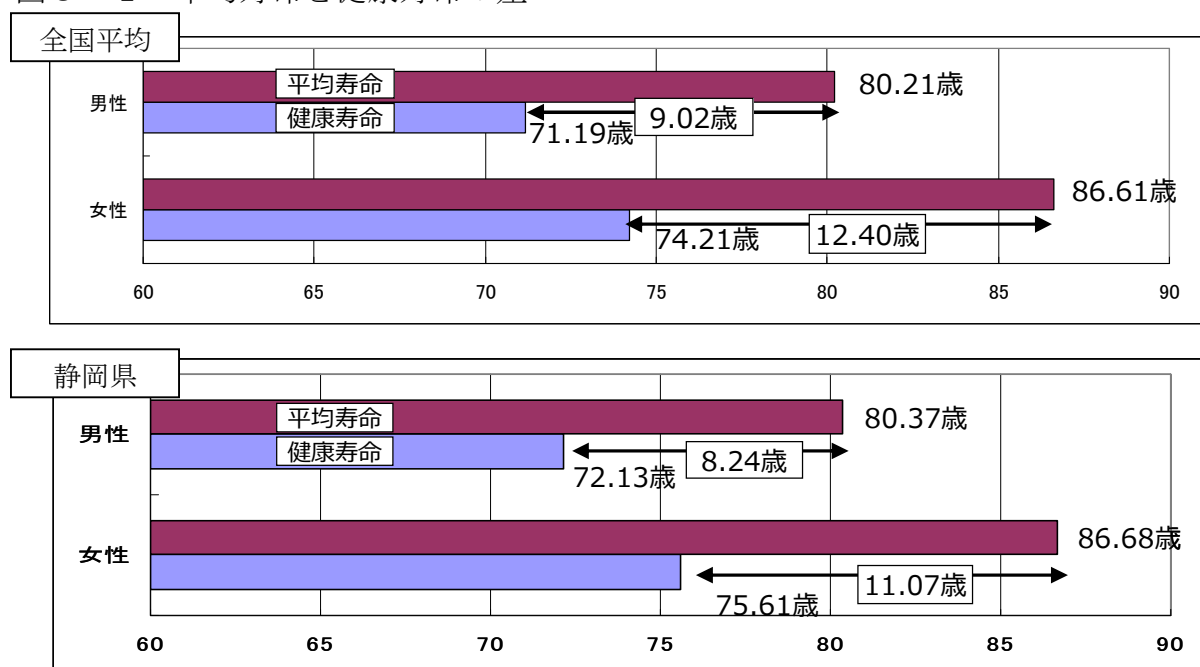
第3章 住民の健康の保持の推進

第1節 健康づくりの方針・戦略

1 健康寿命の延伸に向けた取組

- 2013(平成25)年に厚生労働省が発表した都道府県別の健康寿命では、本県は男女ともに全国トップクラスです(女性が全国2位、男性が全国3位)。
- 平均寿命と健康寿命の差は、健康上の問題で日常生活が制限される期間を意味します。本県の男性は、全国平均よりも健康寿命が0.94歳長い上に平均寿命と健康寿命との差も0.78歳分短く、女性は全国平均よりも健康寿命が1.40歳長い上に平均寿命と健康寿命との差も1.33歳分短く、ともに全国平均を上回る水準です。

図3-1 平均寿命と健康寿命の差



資料：厚生労働省「簡易生命表(平均寿命)」「国民生活基礎調査(健康寿命)」

- 今後の超高齢社会において、平均寿命の延伸に伴い、健康寿命との差が拡大すれば、医療費や介護給付費が増大します。
- 若い世代からの健康増進と疾病予防、介護予防等によって、健康寿命の延伸を実現できれば、県民一人ひとりの生活の質の向上が図られるとともに、持続可能な社会保障制度の維持につながります。
- このため、本県においては、4つの柱で構成される「第3次ふじのくに健康増進計画」(2014(平成26)年度～2022(平成34)年度)及び「後期アクションプラン」(2018(平成30)年度～2022(平成34)年度)を策定し、「県民の健康寿命の延伸」と「生活の質の向上」を目標として、県民が一丸となった健康づくり運動を総合的かつ効果的に推進することとしています。

表3-1 第3次ふじのくに健康増進計画及び後期アクションプランにおける4つの柱

1 健康寿命を延ばす健康づくり	
	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病の発症予防、早期発見と重症化予防に重点を置いた対策を関係団体と連携協働して進める。 ライフステージを「次世代」、「働く世代」及び「高齢期」の3つに区分し、それぞれの特性に応じた「身体の健康」と「こころの健康」に取り組む。
2 地域場を活用した健康づくり	
	<ul style="list-style-type: none"> 家族や仲間、自治会や健康づくり食生活推進協議会等のボランティア組織に加え、医療機関、医療保険者、学校、職域などと連携協働による健康づくりを進める。 温暖な気候や温泉などの自然環境、みかん、お茶などの農芸品といった、本県ならではの地域資源の活用など、地域場の力を活用する。
3 領域別に進める健康づくり	
	<ul style="list-style-type: none"> 健康の増進の基本要素となる「食育」「運動・身体活動」「休養・こころ」「たばこ・アルコール、薬物」「歯」の5領域に関する生活習慣の改善に向けて、県民参加を前提とした各領域別計画を策定し、取り組む。
4 地域別の健康課題解決と地域の特長を活かした健康づくり	
	<ul style="list-style-type: none"> 地域の人口や自然環境、産業構造などを社会環境経済状況等の違いに着目し、地域ごとの特性やニーズ、健康課題等の把握を行う 地域別データを活用し、県の7つの健康福祉センターの地域ごとに、それぞれの健康課題を解決するため、地域の特長を生かした健康づくりに取り組む。

2 県民の生涯を通じた健康づくりの推進

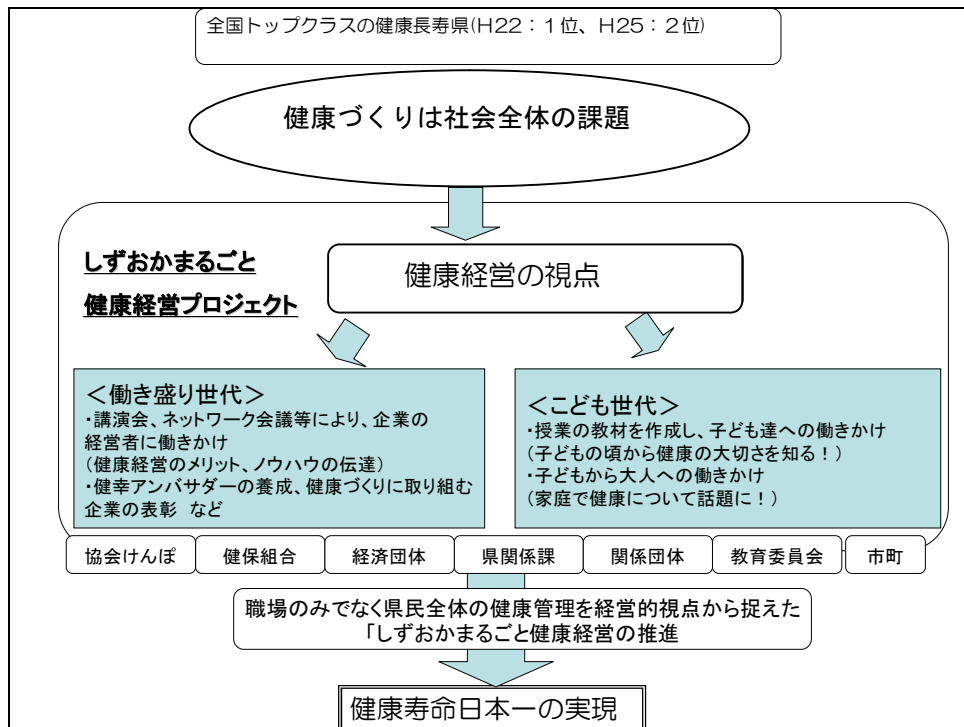
- 本県においては、ふじのくに健康増進計画に基づき、2012(平成24)年度から「ふじのくに健康長寿プロジェクト」として、①健康長寿プログラム(ふじ33プログラム、減塩55プログラム)の普及、②健康マイレージ事業、③企業との連携(健康づくり推進事業所宣言、健康づくり優良企業の表彰)、④健康長寿の研究、⑤生活習慣病重症化予防対策の5本柱により、健康寿命の更なる延伸を目指して取り組んでいます。
- 健康寿命をさらに延伸していくためには、従来の取組みに加え、働き盛り世代への働き掛けを強化するとともに、生涯を通じた健康づくりに着目し、子どもの頃から望ましい生活習慣を形成する風土づくりが必要です。
- このため、2017(平成29)年度から「静岡県で“暮らす”“働く”“育つ”と元気になれる～働いてよし、住んでよし～」をコンセプトに、企業の経営手法である「健康経営¹⁾」の視点を取り入れ、地域、事業所、家庭における健康づくりを推進する「しずおか

¹⁾ 健康経営(NPO法人健康経営研究会登録商標)とは、経営者が経営の視点で従業員の健康を考えることであり、「健康経営」の実践により、企業には従業員のモチベーションアップによる生産性向上、疾病手当や健康保険料負担の軽減、企業ブランド価値の向上、事故・不祥事・労災等の予防などのメリットがあると言われている。

“まるごと”健康経営プロジェクト」を展開しています。

- 「しずおか“まるごと”健康経営プロジェクト」は、「健康経営」の考え方にに基づき、企業（職域）だけでなく、地域や県全体を対象と捉え、主に働き盛り世代の生活習慣病予防対策と、子どもの頃からの健康づくりをすすめ、県民の7割と言われている無関心層への働き掛けを強化する取組を展開する点が特徴です。

図3-2 しずおかまるごと健康経営



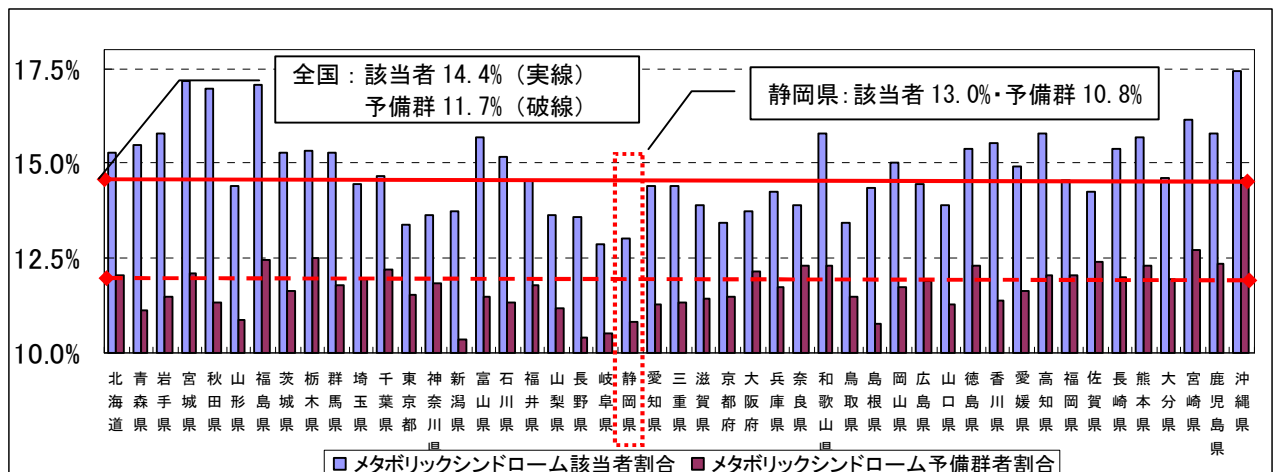
第2節 生活習慣病対策

1 生活習慣病対策の推進

(1) メタボリックシンドローム¹の現状

- 基本方針よると、国民の受療の実態として、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇しているとされています。
- 医療費の急増を抑えていくためには、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣の改善等、若いときからの生活習慣病の予防対策が重要です。
- 厚生労働省の調査によると、2015(平成27)年度の全国のメタボリックシンドローム該当者の割合は14.4%、予備群の割合は11.7%です。本県のメタボリックシンドローム該当者の割合は13.0%と全国で低い方から2番目、予備群の割合は10.8%と全国で低い方から5番目となっています。

図3-3 都道府県別にみたメタボリックシンドローム該当者・予備群の割合



資料：厚生労働省²「2015(平成27)年度特定健診・保健指導実施状況一覧(都道府県別)」

¹ ○メタボリックシンドローム該当者

腹囲 85cm 以上、女性 90cm 以上かつ 2 つ以上に該当するもの

- (1) 中性脂肪 150mg/dl 以上、または HDL コレステロール 40mg/dl 未満、もしくはコレステロールを下げる薬服用
- (2) 収縮期血圧 130mmHg 以上、または拡張期血圧 85mmHG 以上、もしくは血圧を下げる薬服用
- (3) 空腹時血糖 110mg/dl 以上、または HbA1c6.0 以上、もしくはインスリン注射または血糖を下げる薬服用

○メタボリックシンドローム予備群

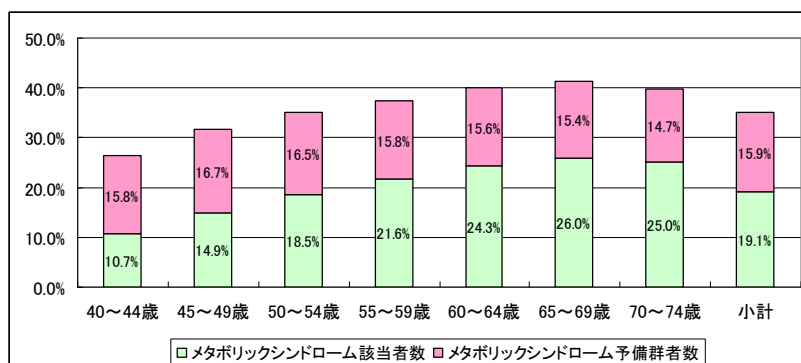
上記と同様で 3 項目のうち 1 つに該当するもの

² 2017(平成29)年9月25日付け厚生労働省保健局医療介護連携政策課データヘルス・医療費適正化対策推進室事務連絡「都道府県医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資する参考データの提供について」(以下、図3-2から3-5まで同様)

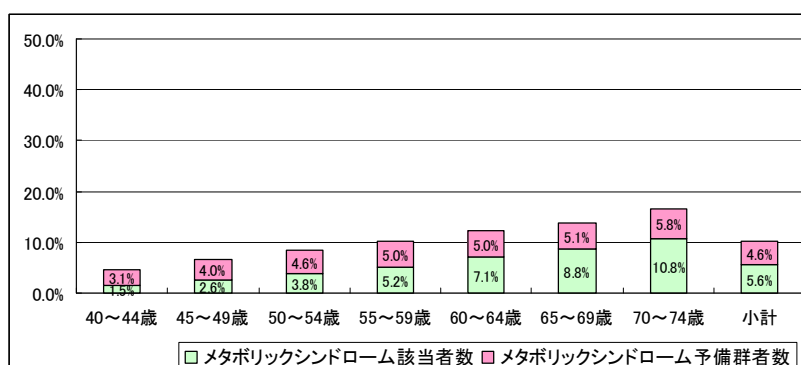
○また、男女別にみると、本県では、男性の約3人に1人（35.0%）、女性の約10人に1人（10.2%）がメタボリックシンドロームの該当者・予備群です。

図3-4 本県メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合

【男性】



【女性】



資料：厚生労働省「2015(平成27)年度特定健診・保健指導実施状況分布(都道府県別及び全国)」

(2) 特定健康診査³及び特定保健指導⁴の実施状況

○生活習慣病予防の対策として、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少を図るため、2008(平成20)年度から、特定健康診査及び特定保健指導の実施が保険者に義務付けられています。

○本県の特定健康診査の受診率は年々上昇し、2015(平成27)年度は52.9%と全国値の50.1%より高く全国で12位となっているものの、第2期の目標である70%には届いていません。

○本県の特定保健指導の実施率は、2015(平成27)年度は18.5%と全国値の17.5%より高いものの、第2期の目標の45%には届いていません。

³ 法第20条に基づき、医療保険の保険者が40歳以上74歳以下の保険加入者を対象に行う健康診査。メタボリックシンドロームに着目し、高血圧症、脂質異常症、糖尿病その他の内臓脂肪の蓄積に起因する生活習慣病に関する健診となっている。
特定健康診査受診率は、過去1年間に特定健診を受診した者の割合。

⁴ 法第24条に基づき、特定健診の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる者に対して、医師、保健師や管理栄養士等の専門スタッフが生活習慣を見直すサポートをするもの。リスクの程度に応じて、動機付け支援と積極的支援があり、専門スタッフとの面接により対象者に合わせた実践的なアドバイス等を行い、自身で行動目標に沿った生活習慣改善を実践、6ヶ月後に実績評価等を行う。
特定保健指導実施率は、特定健診において特定保健指導(動機付け又は積極的支援)の対象となった者のうち、特定保健指導を受けた者の割合。

図3-5 特定健康診査受診率の推移

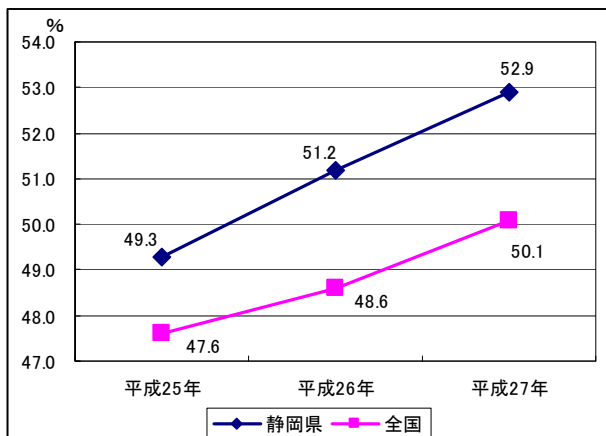
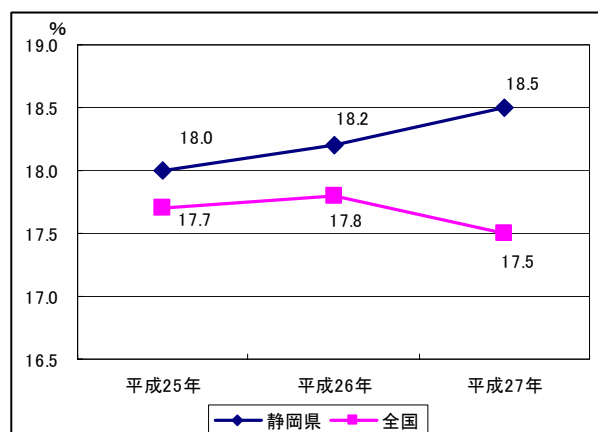
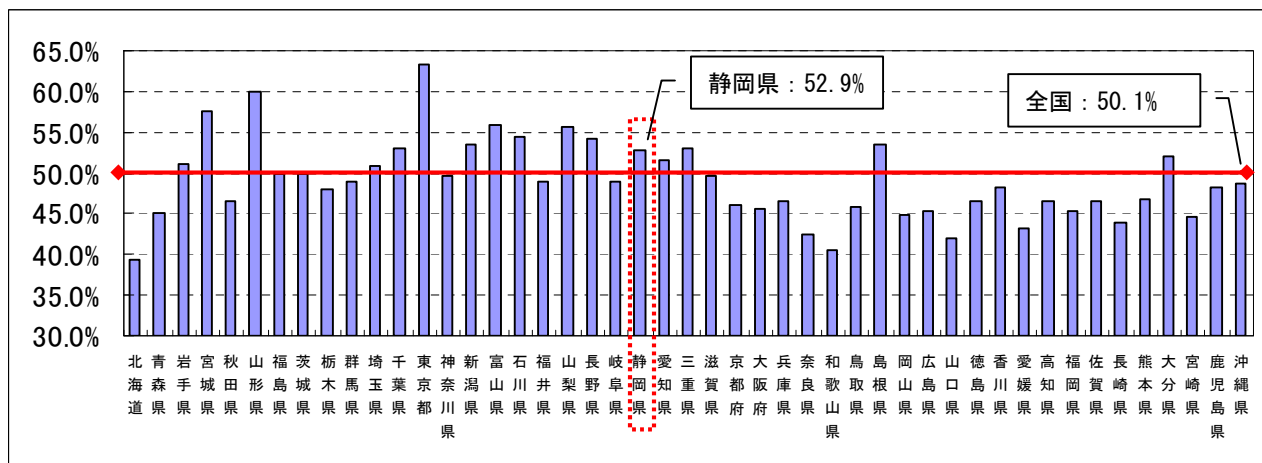


図3-6 特定保健指導実施率の推移



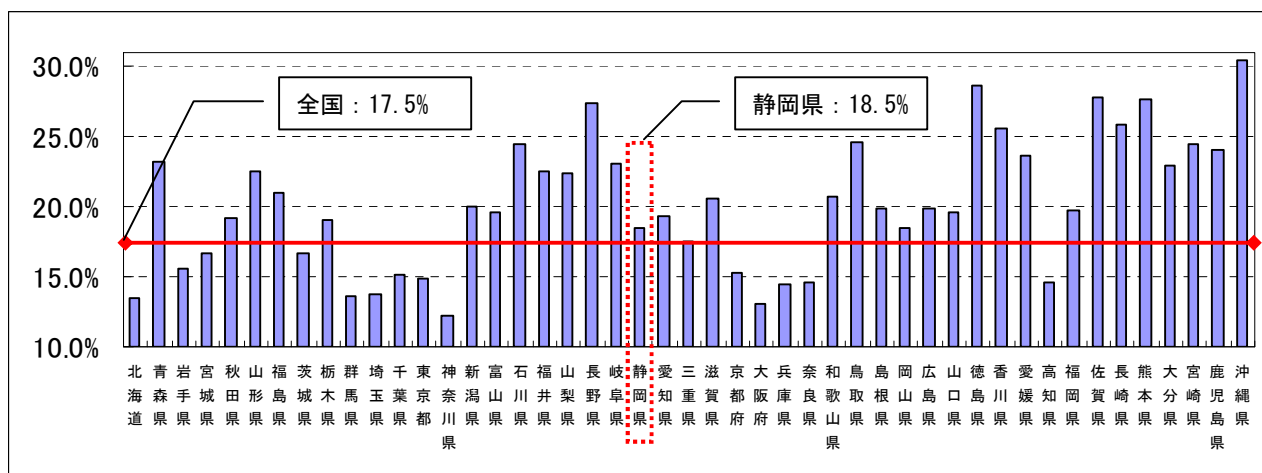
資料：厚生労働省「2015(平成27)年度特定健診・保健指導実施状況一覧」

図3-7 都道府県別にみた特定健康診査受診率



資料：厚生労働省「2015(平成27)年度特定健診・保健指導実施状況一覧」

図3-8 都道府県別にみた特定保健指導実施率



資料：厚生労働省「2015(平成27)年度特定健診・保健指導実施状況一覧」

(3) 生活習慣病対策の推進

- 生活習慣病を予防し、有病者や予備群の減少につなげるためには、メタボリックシンドロームに着目した特定健康診査・特定保健指導及び健康増進事業を円滑かつ効果的に進める必要があります。
- 特定健康診査・特定保健指導を円滑に実施するためには、実施主体の医療保険者をはじめ、地域保健と職域保健が連携して受診しやすい体制整備等に取り組む必要があります。
- 県民一人ひとりが、メタボリックシンドロームを正しく理解し、食生活や運動等の生活習慣の改善目標達成に向けて継続的に取り組むとともに、特定健康診査や特定保健指導、がん検診等を積極的に受診し、自らの疾病予防や健康づくりに取り組めるよう、効果的な啓発を行い、県民への意識付けを促進する必要があります。

ア 特定健康診査実施体制等の整備

- 受診者の利便性向上の観点から、市町の国民健康保険部門・衛生部門の連携による特定健康診査とがん検診との同時実施や特定健康診査実施機関に関する情報提供の促進、未受診者への追加実施などの対策により、特定健康診査対象者の誰もが受診しやすい体制の整備を図ります。
- 効果的に特定健康診査・特定保健指導を実施するため、特定健康診査・特定保健指導事業実務者育成研修会や技術アップ研修会を実施し、民間の健診機関も含め、医師、保健師、管理栄養士等の資質向上とともに、企画立案を行う事務担当者の能力向上を図ります。

イ 周知・啓発

- 保険者協議会等と連携したキャンペーン等のほか、スーパー等民間企業と連携した広報を行うなど、受診率の低い被扶養者等にターゲットを絞った周知・啓発活動を展開します。

ウ 医療保険者、企業（職域）との連携強化

- 保険者協議会等で医療保険者との情報共有に努めるとともに、連携して健診実施体制等の整備、普及啓発活動に取り組めます。
- 企業（職域）は、従業員の健康管理の観点から重要な役割を担うことから、行政や関係機関等からなる地域・職域連携推進協議会等を通じて情報交換を行い、職域保健の充実と地域保健との連携強化を図ります。
- 若い世代からの健康づくりを推進し、生涯にわたる健康を実現するため、保険者による特定健康診査・特定保健指導の推進や、企業による積極的な健康経営への取り組みを支援します。

エ 市町等への支援

- 市町や医療保険者に対して、特定健康診査、がん検診等の実施状況や特定保健指導

実施機関を把握し、各種健診データの分析結果等と併せて情報提供を行うなど、健康課題の分析や事業評価等のための技術支援等を行います。

- 健診受診等でポイントが貯まるマイレージ事業（インセンティブ事業）を推進します。

2 生活習慣病等の重症化予防の推進

(1) 糖尿病等の生活習慣病の現状

- 生活習慣病との関連の高い糖尿病は、重症化して人工透析に移行した場合、個人の生活の質が低下することに加え、長期間にわたり多額の医療費を必要とします。
- 全国で糖尿病が強く疑われる者は約 950 万人、過去 5 年間で約 60 万人増加しており、年間 1 万 3 千人が糖尿病が原因で死亡し、死亡数全体の 1.0%を占めています。
- 2015(平成 27)年の本県の糖尿病による死亡者は 458 人、死亡率（人口 10 万対）は 12.6 で全国の 10.6 に比べ高くなっています。

(2) 生活習慣病等の重症化予防の取組

- 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。
- 腎不全や人工透析の原因となる糖尿病性腎症を予防するため「静岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定し、保険者と協力し、重症化予防に取り組んでいきます。
- 特定健康診査受診者の検査結果、生活習慣などのデータを分析し、地域や健保組合ごとの特性を分かりやすく伝え、住民の理解を深めることで、生活習慣改善に向けた取組の動機付けとなるよう支援します。
- 特定健康診査の結果に基づき、適切な受診勧奨及び食事指導等の生活習慣改善のための保健指導ができるよう、保険者等に必要な助言支援等を行います。
- 歯周病がある人は糖尿病発症のリスクが高いことと、歯周病治療が糖尿病発症予防に有効であることを啓発します。歯周病を診察する歯科医は、糖尿病がないかどうか、かかりつけ医に相談することを促し、かかりつけ医は歯科医へ歯周病の治療を相談するよう促します。
- 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るとともに、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) 高齢者の特性に応じた重症化予防の取組

- 高齢期は、生活習慣病の予防対策に併せて、心身機能の低下に起因した疾病の予防も重要です。

- 高齢化に伴い増加する、ロコモティブシンドローム⁵、サルコペニア⁶、フレイル⁷、肺炎、大腿骨頸部骨折⁸等の疾患を予防し、就労促進も含め、社会参加を促進することで要介護状態にならないよう、その人らしく生活するための健康づくりの取組を進めることは、医療費の抑制にも効果があるものと考えられます。
- 高齢期を健やかに過ごすため、健康長寿の3要素である「運動」、「食生活」、「社会参加」の重要性について理解促進を図ることで、健康づくりの実践者を増やし、健康寿命の延伸を目指します。
- 自立高齢者を増やすために、介護予防の重要性について理解を促進します。フレイル対策、ロコモティブシンドローム、サルコペニアの予防に留意した「運動器の機能向上」、低栄養対策としての「栄養改善」、誤嚥や肺炎防止のための「口腔機能向上」など、市町における介護予防のプログラムの充実を図ります。

⁵ ロコモティブシンドローム（運動器症候群・通称：ロコモ）は、運動器の障害のために移動機能の低下をきたしている状態で、介護が必要となる原因のひとつとなる。

⁶ サルコペニア（筋減弱症）は、加齢による筋肉量の低下であり、サルコは筋肉、ペニアは減少を意味する。筋肉は鍛えることで、維持又は増加することができ、予防、改善のためにはバランスの良い食事、特にたんぱく質の接種に注意し、意識して体を動かすことが重要。

⁷ フレイル（虚弱）は、健常と要介護状態との中間的な段階であり、生活機能障害をひきおこしたり、死亡などの転帰に陥りやすい状態。身体機能問題のみならず、精神・心理的問題や社会的問題も含まれる包括的概念。

⁸ 大腿骨骨折は、骨密度が低下する「骨粗しょう症」のほか、BMIの低さ、喫煙、多量飲酒等が影響すると言われており、予防として、食習慣の改善が必要。

3 生活習慣病対策における数値目標

項目		現状値	目標値	目標値の考え方	出典
特定健康診査受診率 (40~74歳)	県全体	52.9% (2015年度)	70% (2023年度)	国目標値 ⁹ と整合	厚生労働省データ ヘルス・医療費適正化対策推進室提供データ
	市町国保		60%		
	国保組合		70%		
	協会けんぽ		65%		
	単一健保		90%		
	総合健保		85%		
	共済組合		90%		
特定保健指導実施率 (40~74歳)	県全体	18.5% (2015年度)	45% (2023年度)	国目標値 ⁹ と整合	厚生労働省データ ヘルス・医療費適正化対策推進室提供データ
	市町国保		60%		
	国保組合		30%		
	協会けんぽ		35%		
	単一健保		55%		
	総合健保		30%		
	共済組合		45%		
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率 (2008(平成20)年度と比べた特定保健指導対象者の減少率 ¹⁰ をいう)		18.7%の減少 (2015年度)	25%以上の減少 (2023年度)		

⁹ 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針（2008(平成20)年厚生労働省告示第150号・2017(平成29)年改正告示第271号）

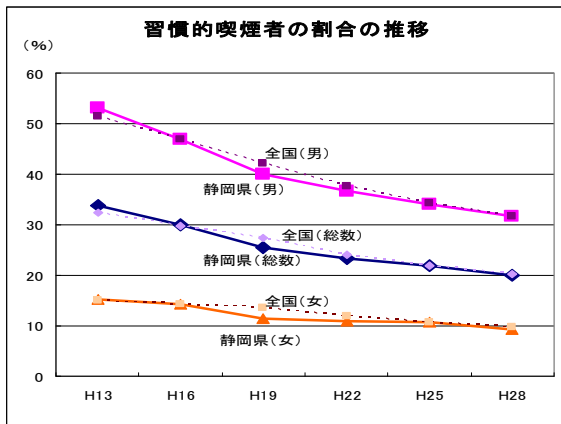
¹⁰ 減少率は、各都道府県における、2008(平成20)年度の特定保健指導対象者の推定数（2008(平成20)年度の年齢階層別（40歳から74歳までの5歳階級）及び性別での特定保健指導対象者が含まれる割合を、2008(平成20)年3月31日現在の住民基本台帳人口（年齢階層別（40歳から74歳までの5歳階級）及び性別）で乗じた数をいう。以下同じ。）から2023(平成35)年度の特定保健指導対象者の推定数（2023(平成35)年度の年齢階層別（40歳から74歳までの5歳階級）及び性別での特定保健指導対象者が含まれる割合を、2008(平成20)年3月31日現在の住民基本台帳人口（年齢階層別（40歳から74歳までの5歳階級）及び性別）で乗じた数をいう。）を減じた数を、2008(平成20)年度の特定保健指導対象者の推定数で除して算出。

第3節 たばこ対策

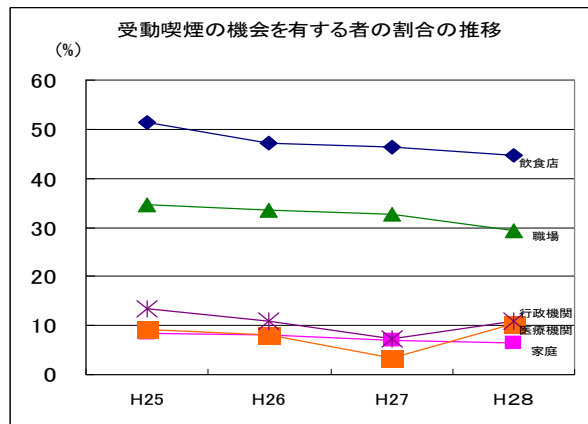
1 喫煙・受動喫煙の現状

- たばこは、がん、虚血性心疾患や脳血管疾患、循環器疾患、COPD（慢性閉塞性肺疾患）等の呼吸器疾患、糖尿病などの原因となり、受動喫煙も、肺がんや虚血性心疾患、脳血管疾患、子どもの喘息、乳幼児突然死症候群（SIDS）等の危険因子となります。
- 予防可能な最大の危険因子の一つである喫煙による健康被害を回避することは、医療費適正化の観点からも重要です。
- 社会状況の変化を背景として、喫煙率の低下や施設の禁煙化などの改善は進んでいますが、喫煙による健康被害の問題については行政や企業等が行う対策と同時に県民一人ひとりの自発的な取組が必要です。
- 厚生労働省の調査によると、成人の喫煙率は、20歳以上男性31.6%、20歳以上女性9.4%、県全体で20.1%であり、年々減少傾向にあるものの、女性の喫煙率の減少が男性に比較して少なくなっています。また、地域別の習慣的喫煙者の割合は東部地区で高い傾向があります。
- 受動喫煙の機会を有する者の割合は、年々減少していますが、飲食店が44.7%と高く、続いて職場29.3%、行政機関11.0%、医療機関10.2%、家庭6.4%となっています。
- 家族の中で喫煙する人がいる幼児の割合は40.1%と高く、家庭で受動喫煙のリスクが高くなっています。

図3-9 喫煙・受動喫煙の現状



資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」



資料：県「健康に関する県民意識調査」

2 たばこ対策の推進

- 健康阻害要因であるたばこについて、喫煙者はもとより、喫煙しない人の受動喫煙による健康被害を減らすため、市町や関係機関との連携によりたばこ対策を推進する必要があります。
- たばこによる、がん、虚血性心疾患や脳血管疾患、循環器疾患などの健康被害のほか、子どもへの健康被害の予防のために、若い世代や女性の禁煙対策が必要です。
- 多くの人が利用する施設では禁煙・分煙の徹底等の取組が必要とされているにもかかわらず、飲食店や職場での受動喫煙は依然として多いため、関係機関に働き掛け受動

喫煙防止対策を推進することが必要です。

(1) たばこ対策の総合的な推進

- 第3次ふじのくに健康増進計画や第3次静岡県がん対策推進計画に基づき、禁煙対策、受動喫煙防止対策を総合的に推進していきます。
- 5月31日の世界禁煙デー、毎月22日の禁煙の日を中心に、市町との連携によりキャンペーン等を実施するほか、喫煙が健康に及ぼす影響等に関する情報を提供し、喫煙者の減少と正しい知識の普及や意識啓発を図ります。

(2) 禁煙対策の推進

- 児童や学生を対象とした学校教育及び成人等を対象とした社会教育を通じて、喫煙が与える健康への悪影響についての理解促進を図っていきます。
- 禁煙講座やリーフレットを用いた効果的な喫煙防止教育を行い、若い世代や女性に対する禁煙対策を推進するとともに、教育・啓発時に役立つツール（スモーカーライザー等）の貸し出しを積極的に行います。
- 禁煙を希望する人に対して、治療方法、禁煙治療ができる医療機関等の情報を医師会等関係機関の協力を得て実施し支援します。
- 地域、職域、学校保健等で禁煙支援に従事する者の能力向上のための研修を行うなど、個人の禁煙への準備段階に応じた効果的な禁煙支援が行えるような禁煙サポート体制の充実を図り、禁煙を希望する人を支援します。

(3) 受動喫煙防止対策の推進

- 多くの人が集まる公共的施設や飲食店、職場等での受動喫煙防止対策が図られるよう関係機関への働きかけを行っていきます。
- 受動喫煙の害について、パンフレット等を活用して情報提供します。特に子どもの受動喫煙の機会を減らすよう家庭への啓発を重点的に行います。
- 子どもたちが、たばこの害について知る機会を作るとともに、受動喫煙防止に対する考え方について大人にメッセージとして伝える取組を継続します。

3 たばこ対策における数値目標

項目		現状値	目標値	目標値の考え方	出典
喫煙習慣のある人の割合 (20歳以上)	男性	31.6% (2016年度)	12.0% (2022年度)	第3次ふじのくに健康増進計画の目標値	国民生活基礎調査
	女性	9.4% (2016年度)			

第4節 予防接種

1 予防接種の現状

- 予防接種は、予防接種法（1948(昭和23)年法律第68号）に基づき、伝染のおそれがある疾病の発生及びまん延を防止するため、その実施により公衆衛生の向上及び増進に寄与することを目的としています。
- 国は、2014年(平成26)年に定めた「予防接種に関する基本的な計画」において、我が国の予防接種施策の基本的な理念について、国民の理解と認識を前提に、「予防接種・ワクチンで防げる疾病は予防すること」としており、予防接種により国民全体の免疫水準を維持するためには、予防接種の接種機会を安定的に確保するとともに、社会全体として一定の接種率を確保することが重要です。
- 疾病予防という公衆衛生の観点及び住民の健康の保持の観点から、予防接種について住民の意識を高め、適正に実施することは、医療費適正化にも資すると考えられます。
- 予防接種法に基づく定期予防接種は、市町が実施主体となり実施しています。

表3-2 予防接種の種類

区分		対象疾病・ワクチン		
定期接種	A類 (13疾病)	<ul style="list-style-type: none"> ・ジフテリア ・百日せき ・破傷風 ・ポリオ 	(4種混合) ・麻しん } (MR) ・風しん } ・日本脳炎 ・H i b感染症 ・肺炎球菌(小児用)	<ul style="list-style-type: none"> ・子宮頸がん ・結核(B C G) ・水痘 ・B型肝炎
	B類 (2疾病)	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者等のインフルエンザ ・肺炎球菌(高齢者用) 		
任意接種		<ul style="list-style-type: none"> ・おたふくかぜ ・ロタ など 		

2 予防接種にかかる取組

- 県では、全ての市町において、居住市町での定期予防接種が困難な者に対する広域的な予防接種提供体制を整備し、接種率の向上を図っています。
- 2000(平成12)年度から県立こども病院を予防接種センターとして指定し、県内における予防接種率の向上と健康被害の防止を図っています。
- 予防接種センターでは、心臓血管系疾患等の基礎疾患保有者や過去に予防接種による発熱・アレルギー等の症状を起こしたことがある者といった予防接種要注意者に対して、市町からの依頼を受けて、定期予防接種を実施しています。
- また、予防接種センターでは予防接種講演会の開催やパンフレット・ホームページ等を通じて、予防接種に関する知識や情報を提供するほか、予防接種要注意者に対する予防接種前後における医師や市町等からの医療相談に応じており、安心して予防接種を受けられる体制整備を図っています。
- 近年、定期接種ワクチンが増え、幼少期の接種スケジュールが過密になったことにより、誤接種が発生する可能性が高まっていることから、その予防対策にも取り組んでいます。
- 具体的には、市町担当者向け会議等の場における誤接種防止への対応の呼びかけ、医

師会と協同で作成した予防接種事故防止チェックリストの改定と関係者への配布、予防接種事故対応マニュアルの作成と市町・医療機関への配布などにより、市町における適切な予防接種の実施を支援しています。

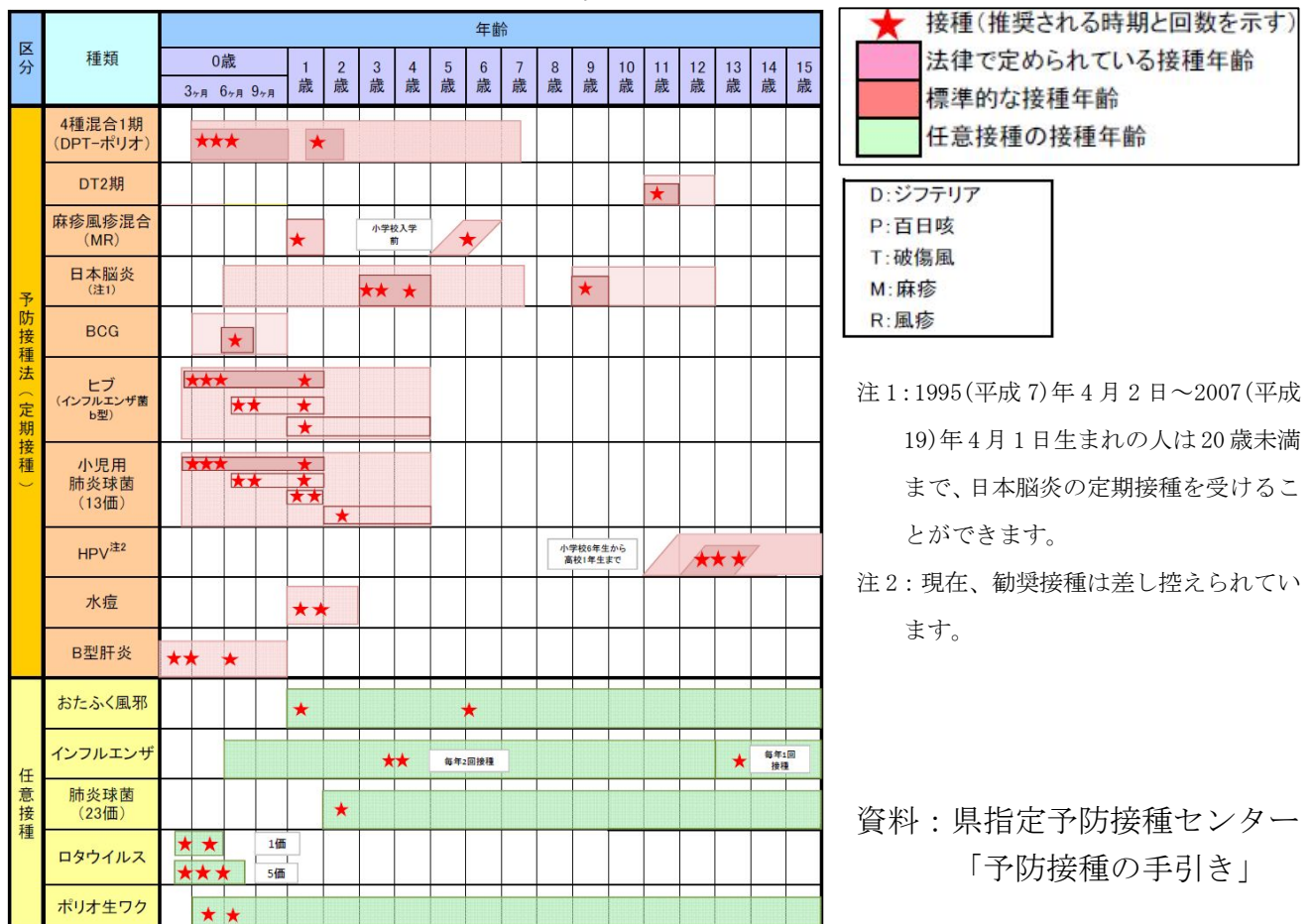
表 3-3 予防接種の実施状況¹

(単位：人)

区分		DRT-IPV 1期初回	MR 1期	BCG	インフル エンザ	Hib	肺炎球菌 小児	子宮頸 がん	肺炎球菌 高齢者	B型肝炎 3回目
国	対象者数	1,025,250	1,047,926	1,020,000	33,036,200	1,020,000	1,020,000	569,000	7,507,300	
	実施者数	1,016,862	1,010,269	996,844	16,730,347	1,044,911	1,052,880	3,895	2,871,593	
	実施率	99.2	96.4	97.7	50.6	102.4	103.2	0.7	38.3	
26 県	対象者数	32,218	30,541	29,177	1,006,338	33,760	33,739	19,296	219,773	
	実施者数	32,665	30,324	29,269	535,687	35,305	34,946	240	94,193	
	実施率	101.4	99.3	100.3	53.2	104.6	103.6	1.2	42.9	
27 県	対象者数	31,834	29,322	29,148	1,023,977	31,822	31,828	22,914	208,666	
	実施者数	29,130	28,562	28,648	533,532	31,823	31,925	120	79,649	
	実施率	91.5	97.4	98.3	52.1	100.0	100.3	0.5	38.2	
28 県	対象者数	28,768	28,852	28,578	1,044,911	28,619	28,657	19,248	219,692	26,388
	実施者数	28,710	28,549	28,243	545,802	28,156	28,209	62	92,632	3,926
	実施率	99.8	98.9	98.8	52.2	98.4	98.4	0.3	42.2	14.9

資料：厚生労働省「定期の予防接種実施者数」

図 3-10 主な予防接種と対象者年齢一覧



¹ D P T - I P V : ジフテリア、百日せき、破傷風、不活化ポリオの4種混合、MR : 麻しん、風しんの2種混合、H i b : ヘモフィルス・インフルエンザ菌b型

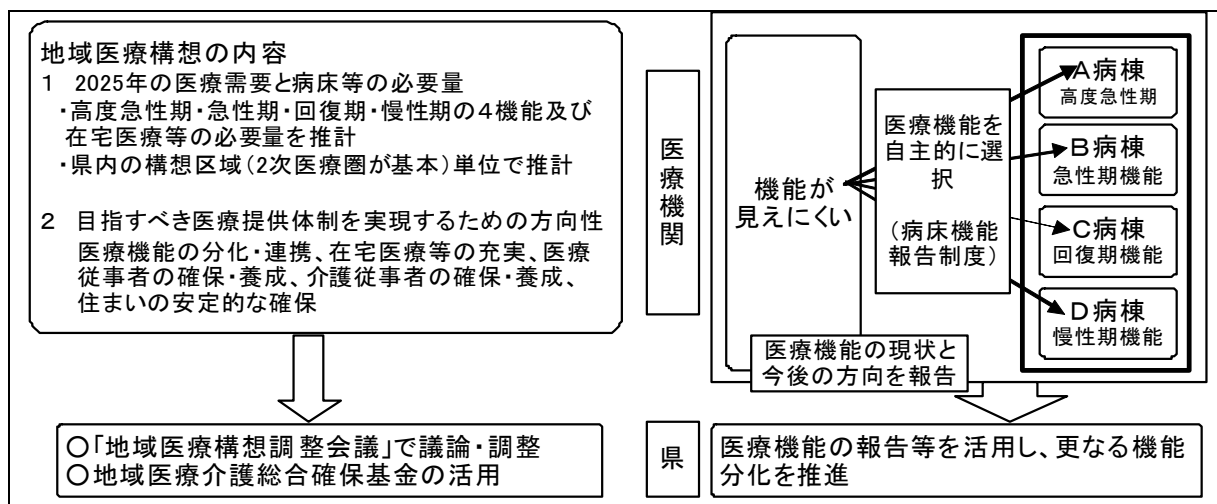
第4章 医療の効率的な提供の推進

第1節 病床機能の分化及び連携並びに地域包括ケアシステムの構築

1 病床機能の分化及び連携

- 医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を有効に活用することは、医療費適正化の観点からも重要です。
- 2014(平成26)年6月の医療法改正により、各都道府県は、地域における病床の機能の分化及び連携を推進するために定める「構想区域」ごとに、各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスの取れた医療機能の分化と連携を適切に推進することを目的とした地域医療構想を策定することが義務付けられました。

図4-1 地域医療構想の概要



- 本県においても、医療環境の変化や制度改革等に適切に対応し、県民が安心して暮らすことができる医療の充実をさらに推進するため、地域の実情に即した静岡県地域医療構想（以下、「構想」という）を2016(平成28)年3月に決めました。
- 構想の実現に向けては、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」を、地域において医療及び介護を総合的に確保していくための「車の両輪」として進めていく必要があります。
- 構想においては、保健医療計画における8圏域の2次保健医療圏を構想区域として設定し、2025(平成37)年における医療需要を推計した上で、4つの医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとに必要病床数及び在宅医療等必要量を推計しました。
- 病床機能の分化及び連携については、医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により進むよう、構想区域等ごとに「地域医療構想調整会議」を設けています。
- 地域医療構想調整会議においては、県が病床機能報告の分析結果等を提供し、地域の医療提供体制の現状と将来の姿について共通認識を関係者が共有しながら、将来の病

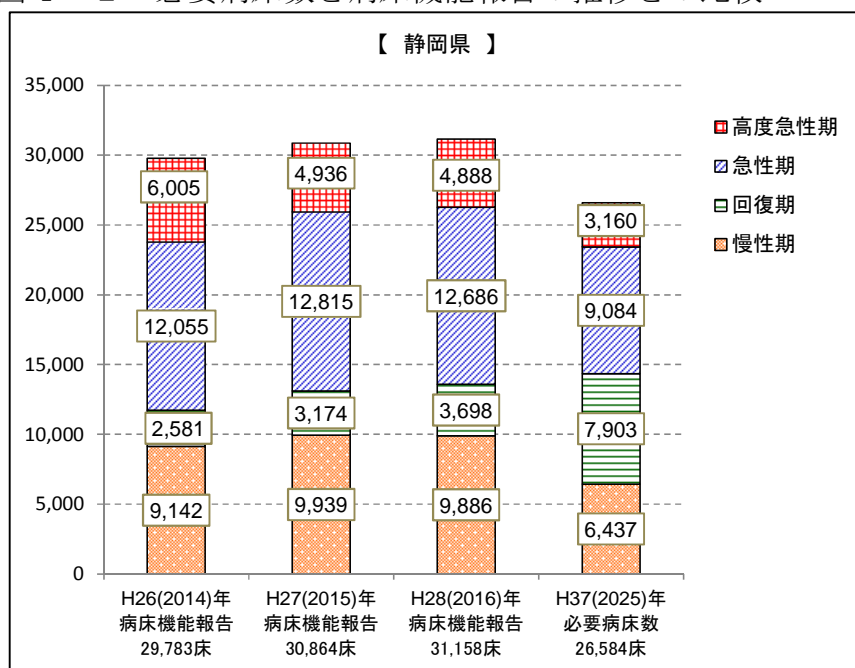
床の必要量を達成するための方策等を協議しています。

- 医療機関の自主的な取組や医療機関相互の協議を実効性のあるものとするため、地域医療介護総合確保基金¹を活用し、不足する医療機能への転換を図る施設・設備整備事業に対して助成します。
- 地域医療構想を実現し、その地域にふさわしいバランスのとれた医療・介護サービス提供体制を構築するため、病床の機能分化・連携の推進、在宅医療の充実、医療従事者・介護従事者の確保・養成、住まいの安定的な確保等の取組を推進していきます。

表4-1 2013(平成25)年度の医療供給量と2025(平成37)年の必要病床数

圏域名	H25年度の医療供給量					H37年の必要病床数				
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
賀茂	19	97	172	269	557	20	186	271	182	659
熱海伊東	77	281	266	213	837	84	365	384	235	1,068
駿東田方	583	1,644	1,605	1,358	5,190	609	1,588	1,572	1,160	4,929
富士	184	649	620	731	2,184	208	867	859	676	2,610
静岡	775	1,681	1,206	1,606	5,268	773	1,760	1,370	1,299	5,202
志太榛原	303	896	810	734	2,743	321	1,133	1,054	738	3,246
中東遠	223	779	598	711	2,311	256	1,081	821	698	2,856
西部	836	2,001	1,389	2,096	6,322	889	2,104	1,572	1,449	6,014
静岡県	3,000	8,028	6,666	7,718	25,412	3,160	9,084	7,903	6,437	26,584

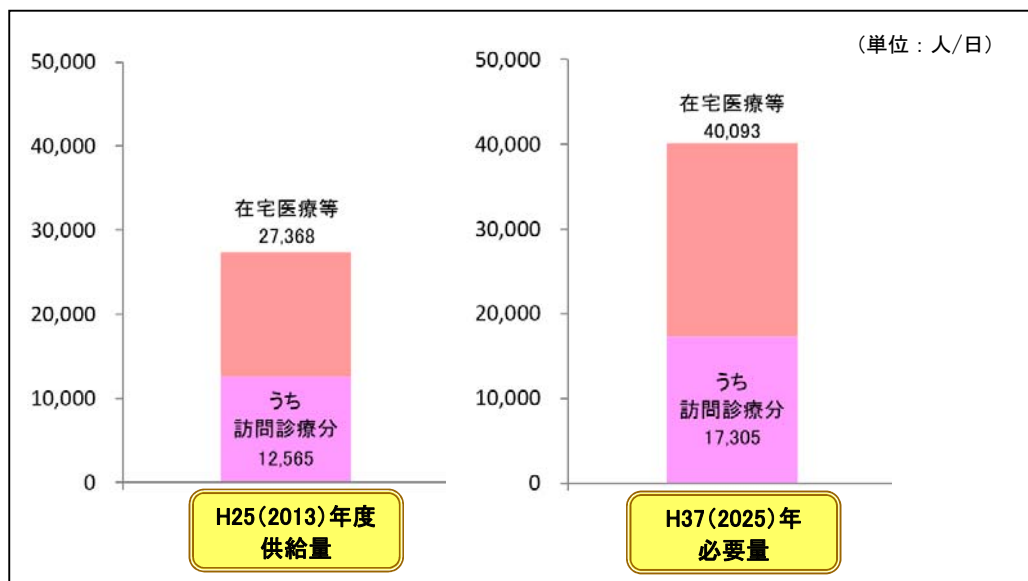
図4-2 必要病床数と病床機能報告の推移との比較²



¹ 医療介護総合確保促進法第6条に基づき、都道府県が計画した医療及び介護の総合的な確保に関する目標を達成するために必要な事業（病床の機能分化、在宅医療・介護の推進等）に要する費用を支弁するため、消費税増収分を活用して、都道府県に設置する基金。

² 「病床機能報告」は、定性的な基準に基づき、各医療機関が病棟単位で自ら選択する。「必要病床数」は、厚生労働省の定める算定式により、診療報酬の出来高点数等から推計している。このようなことから、病床機能報告の病床数と必要病床数は必ずしも一致するものではないが、将来のあるべき医療提供体制の実現に向けて、参考として比較するものである。

図 4 - 3 在宅医療等の 2013(平成 25)年度供給量と 2025(平成 37)年必要量の比較



2 地域包括ケアシステムの構築

- 地域包括ケアシステムとは、2014(平成 26)年 6 月に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（地域医療介護総合確保法）」において、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」と定義されています。
- この体制は、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025（平成 37）年までに、必要なサービスが概ね 30 分以内に提供される範囲である「日常生活圏域」ごとに整備していくこととなっています。
- 地域包括ケアシステムが、最後までその人らしく暮らすことを支えるシステムとして機能するためには医療、介護、介護予防、住まい、自立した日常生活の支援の 5 つの要素がそれぞれの役割に基づき、互いに連携して提供されるだけでなく、その根底には「本人の選択と本人・家族の心構え」が不可欠です。
- また、地域によって高齢化の状況、医療や介護の資源などの状況が異なることから、介護保険の保険者である市町が、地域の特性に応じて、また、地域の自主性や主体性に基づき実現していくもので、県は市町の区域を超えた広域的な観点から市町の取組を支援していくこととなります。
- 地域包括ケアシステムの実現に向けては、地域医療介護総合確保法の成立後、2015(平成 27)年度から体制整備の取組が本格化しましたが、引き続き、高齢化の進行に伴う 5 つの要素それぞれの需要の増加を見込み、提供体制の整備に取り組むと共に、それぞれの要素が相互に関連して提供されるよう、地域における多職種連携を推進する必要があります。
- また、地域包括ケアシステムでは、住民が主体となって地域支え合い活動（互助）や自らの健康づくり・介護予防の活動（自助）に取り組むことが重要となりますが、住

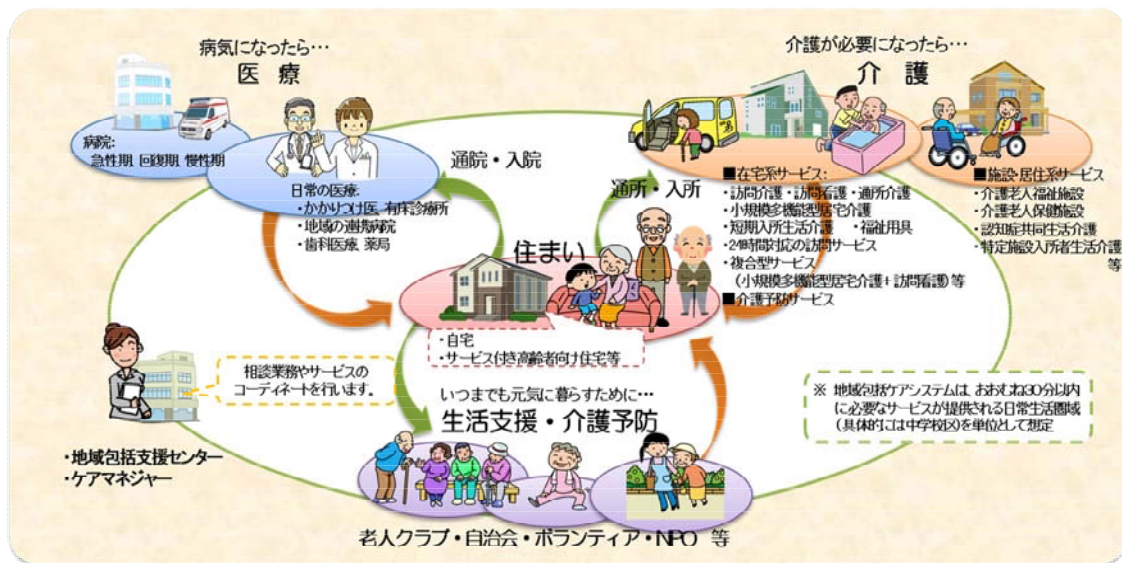
民主体の活動はまだまだ始まったばかりであることから、今後、更に、地域包括ケアシステムの理念の浸透と住民主体の活動の促進に取り組む必要があります。

- 加えて、これまでの市町の取組状況から、5つの構成要素の提供状況に地域格差が生じています。どの市町においても十分に提供されるよう取組の遅れている市町への支援を強化していく必要があります。
- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、第8次静岡県長寿者保健福祉計画において、「地域で支え合い、安心して暮らせる長寿社会の実現」を理念として、次の5つを施策の柱として具体的な施策を推進します。

表4-2 地域包括ケアシステム構築に向けた施策の柱

1	健康づくり、社会参加の促進
	<ul style="list-style-type: none"> ・健康寿命を延ばす取組 ・生きがいづくり活動・社会参加活動の促進
2	共に支えあう地域社会の実現
	<ul style="list-style-type: none"> ・安心と自立を支える共生社会の推進 ・ふじのくに型福祉サービスの推進 ・地域における支えあい活動の推進
3	認知症にやさしい地域づくり
	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の人とその風邪億への支援 ・状態に応じた適時・適切な支援体制の構築 ・若年性認知症施策の推進
4	自立と尊厳のある暮らしを支える長寿社会づくり
	<ul style="list-style-type: none"> ・介護サービス等の充実・強化 ・自立支援、介護予防、重度化予防の推進 ・介護人材の確保・質の向上
5	誰もが暮らしやすい長寿社会の環境整備
	<ul style="list-style-type: none"> ・住まいの安定的な確保 ・暮らしやすい社会の仕組みづくり

図4-4 地域包括ケアシステムの姿



資料：厚生労働省「介護保険制度の見直しに関する意見」2013(平成25)年12月20日
介護保険部会概要資料より

3 療養病床のあり方の見直し

- 国は、入院期間短縮による医療費適正化の観点から、高齢者の入院医療費と平均在院日数との高い相関関係を踏まえ、療養病床の再編成を図ってきました。
- これは、療養病床を主に医療を必要とする方を受け入れる医療療養病床に限定するとともに、介護療養病床を廃止の上、新たな転換先として2018(平成30)年4月に創設される介護医療院等への転換を進めようとするものです。
- 介護医療院は、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた新たな介護保険施設となっています。
- 県は、今後も、療養病床の転換の状況や介護サービス需要への影響を把握するため、療養病床転換意向調査等を行うとともに、各種相談や照会への適切な対応により、関係機関の支援に努めます。
- また、地域医療介護総合確保基金を活用した助成事業により、介護療養型医療施設からの転換を始め、介護老人福祉施設や介護老人保健施設等の施設サービスの計画的な整備を推進します。

第2節 疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療体制の構築

1 疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療体制の構築

- 医療提供体制の整備に当たっては、県民がいつでもどこでも必要な医療を受けられる体制を整備することが重要ですが、限られた医療資源を有効に活用していくためには、効果や効率性・公平性のバランスに配慮しつつ、住民や医療関係者の合意を得て、医療機能の分化・連携を推進する必要があります。
- このため、がん、脳卒中等の6疾病、救急医療、周産期医療等の5事業及び在宅医療について必要となる医療機能を明確化し、地域の医療機関がどのような役割を担うかを明らかにしながら、各圏域における医療連携体制の構築を推進します。

表4-3 疾病又は事業及び在宅医療

6疾病	がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、肝炎、精神疾患
5事業	救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。）
在宅医療	在宅医療

2 疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療体制・施策の方向性

- 各疾病等の医療体制における医療機能の説明、体制図及び施策の方向性の概要は次のとおりです。
- 各疾病等にかかる医療連携体制の詳細及び各医療機能を担う医療機関は、静岡県保健医療計画に記載しています。

(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

施策の方向性

ア がん予防

- 喫煙が及ぼす体への影響などに関する正しい知識の一層の啓発を図る。
- 公共施設の全面禁煙化や民間施設の分煙化など受動喫煙防止措置を強化。
- 市町や企業と連携し、受診勧奨・再勧奨、受診機会のない者への啓発、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る。
- 生活習慣病検診従事者等を対象とした各種講習会や研修会の開催により、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推進。

イ がんの医療提供体制

- 賀茂医療圏への拠点病院等又は県指定病院の設置を推進。
- 拠点病院等の国指定要件の見直し状況を踏まえつつ、更なる機能強化に向けた施設・設備整備への助成や医療人材の養成等の推進。
- 県の指定する推進病院の指定要件等の見直し。

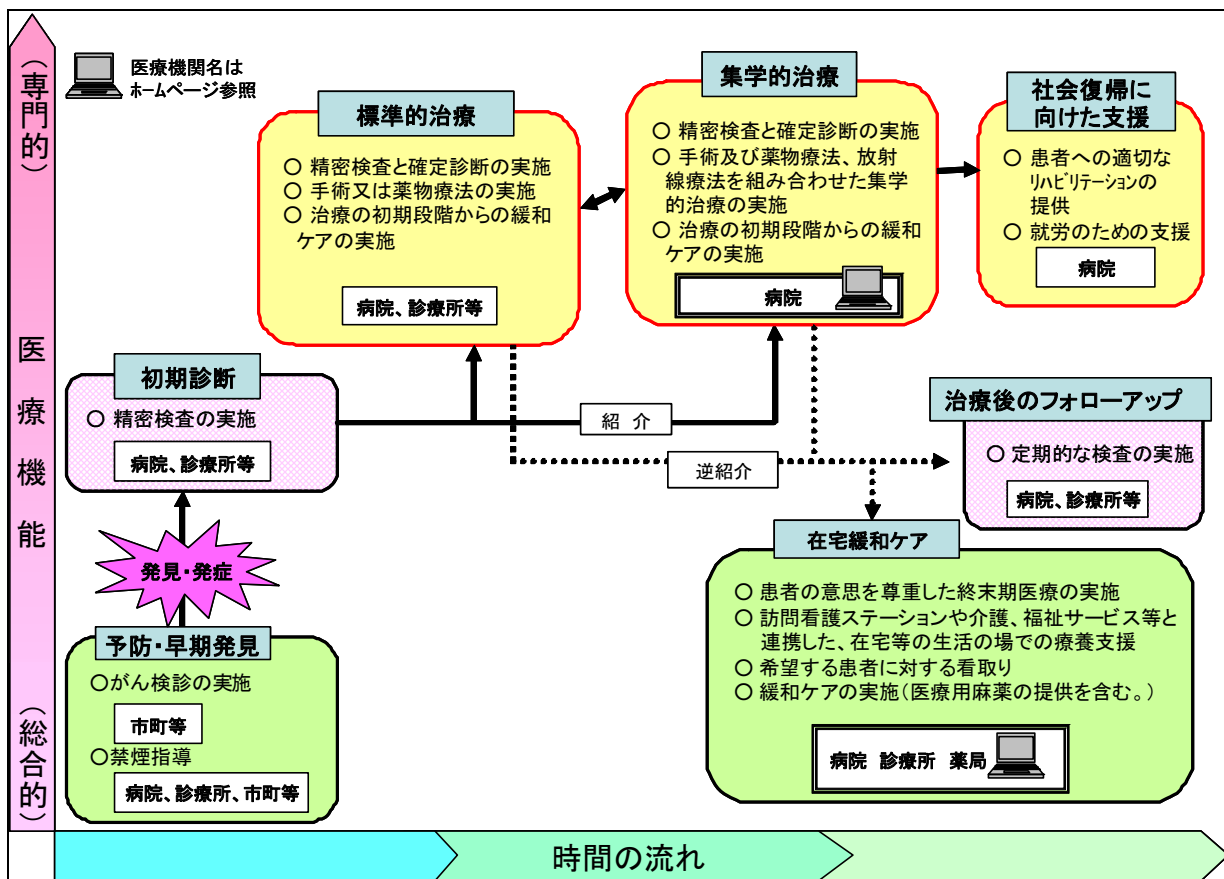
ウ がんの治療・支援

- 静岡県立静岡がんセンターを中心とした、がんゲノム医療体制の構築を推進。
- 県歯科医師会等と連携したがん患者の口腔ケアに対応できる歯科医師の養成、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実施体制の充実。
- 静岡県小児がん拠点病院（県立こども病院）を中心とした、学校との連携による復学支援や臨床心理士等による心理的な支援、患者の長期フォローアップ体制の整備。
- 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。
- 高齢がん患者一人ひとりの状況に応じた適切ながん診療提供のため、静岡県立静岡がんセンターを中心とした診療体制の整備。
- 希少がん、難治性がんの治療状況の調査、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推進。
- 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研修会の開催や常任・専任リハビリ医師の配置促進等、がん患者のリハビリテーション提供体制の整備。
- 県医師会等と連携した在宅チーム医療の充実や在宅医療従事者の育成。
- 緩和ケア研修会を通じた緩和ケアチーム等の体制整備や質の向上。
- 地域の関係者によるがん患者の就労支援体制の構築、労働局等と連携した就労相談体制の整備などを通じた、がん患者の治療と職業生活の両立支援の推進。

表 4-4 「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

図 4-5 「がん」の医療体制図



(2) 脳卒中

対策のポイント

- 最大の危険因子である高血圧を有する県民に対する降圧療法の推進
- 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

施策の方向性

ア 発症予防

- 生活習慣改善や特定健診・保健指導の推進による、生活習慣病の発症予防や重症化予防を「しずおか”まるごと”健康経営プロジェクト」と連携して地域、職域、教育の場で推進。
- 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の徹底を推進。

イ 発症後医療等

- 脳卒中を疑うような症状をもとに本人や家族等が速やかに受診行動をできるよう、県民への脳卒中の正しい知識を普及啓発。
- 発症 4.5 時間以内の脳梗塞治療開始のため、脳卒中急性期診療体制のネットワークを構築し、標準的治療（発症から 4.5 時間以内の t-PA 治療等）の普及を推進。
- 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、来院後 2 時間以内に治療を開始できるよう、地域内の脳卒中急性期診療体制のネットワークを構築。
- 発症早期から、多職種チームにより、患者及びその家族に再発予防、今後のリハビリテーション、介護方法等の情報提供を教育的に行う体制を推進。
- 住み慣れた地域で切れ目なく治療を受けられるように、医療機関等の機能分担・連携等を推進。

ウ リハビリテーション

- 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の開始を推進。
- 急性期、回復期、維持期の医療機関等が、診療情報等を脳卒中地域連携パスや ICT 端末等にて共有・意見交換し、リハビリテーションや治療を連携実施する体制づくりを推進。
- 適切な経口接種及び誤嚥性肺炎の予防のため、病院内歯科や歯科診療所等の多職種連携で、口腔機能維持・改善、口腔ケアの実施体制を充実。

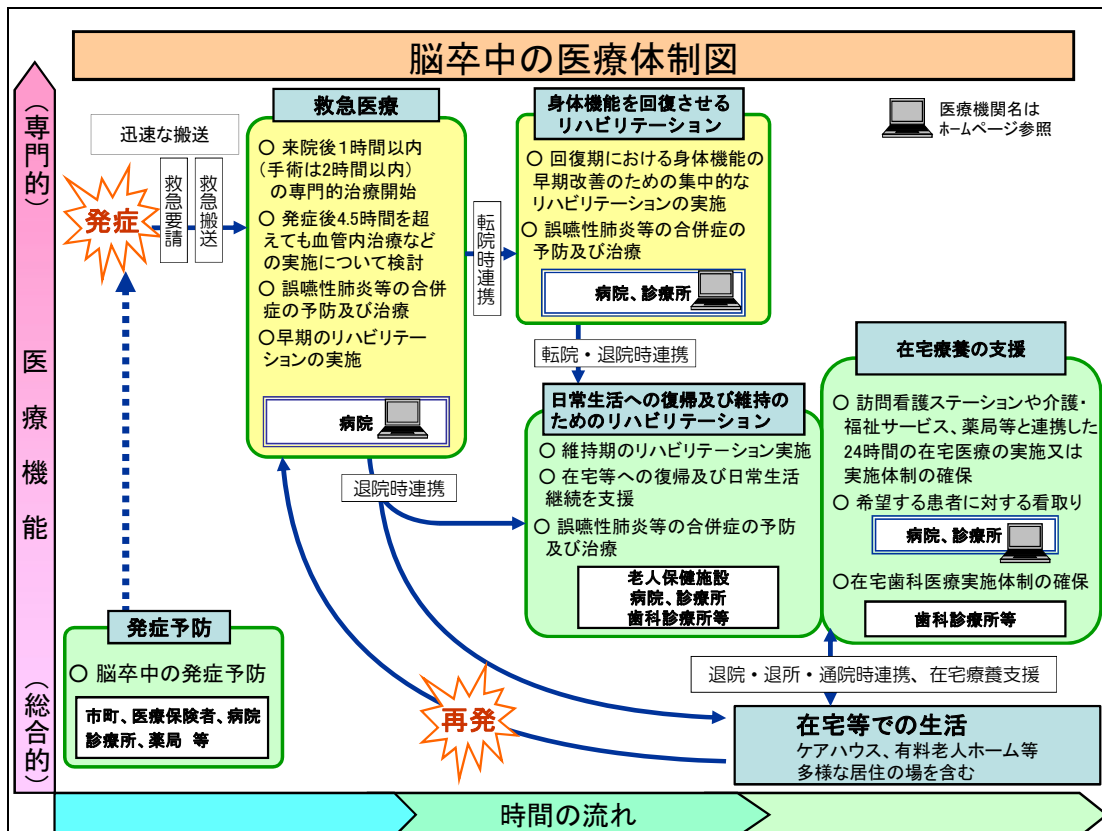
エ 在宅療養・再発予防

- かかりつけ医のもとで、再発予防のための基礎疾患治療、危険因子管理を継続。
- 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推進。
- 訪問看護ステーション等の充実により、訪問診療等による日常生活継続を支援。
- 合併症悪化や脳卒中再発時に適切な医療を提供できるように医療機関や薬局の連携体制を推進。
- 介護が必要となった場合に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。

表 4-5 「脳卒中」の医療体制に求められる医療機能

	発症予防	発症後の医療等	救急医療	身体機能を回復させるリハビリテーション	日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーション	在宅療養の支援
ポイント	○ 脳卒中の発症予防	○ 脳卒中を疑われる患者を専門的な診療が可能な医療機関に発症後迅速に搬送	○ 24時間体制で、来院後1時間以内（手術は2時間以内）に専門的な治療を開始 ○ 発症後4.5時間を超えても血管内治療などの高度専門治療の実施について検討 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療 ○ 早期にリハビリテーションを実施	○ 回復期における身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションの実施 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防	○ 維持期のリハビリテーション実施 ○ 在宅等への復帰及び日常生活継続を支援 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防	○ 薬局、訪問看護ステーションや介護・福祉サービス等と連携した24時間の在宅医療の実施 ○ 希望する患者に対する看取り
機能の説明	・市町、医療保険者による特定健診・保健指導の実施、受診勧奨 ・医療機関での高血圧等の危険因子の治療	・地域メディカルコントロール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（救急輸送による対応を含む。） ・脳卒中が疑われる患者に対して、専門的な診療の24時間実施（画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む。救急輸送による対応を含む。） ・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あるいは実施可能な体制を確保 ・生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーションを実施 ・希望する患者に対する看取り（在宅療養支援診療所届出医療機関、在宅患者訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導）届出薬局） ・急性期あるいは回復期、維持期の医療機関や介護サービス事業者等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携 ・在宅歯科医療の実施体制を確保

図 4-6 「脳卒中」の医療体制図



(3) 心筋梗塞等の心血管疾患

対策のポイント

- 最大の危険因子である高血圧を有する県民に対する降圧療法の推進
- 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圏域で全国平均以下へ
- 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

施策の方向性

ア 発症予防

- 生活習慣改善や特定健診・保健指導の推進により、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の発症予防や重症化予防を推進。
- 小中学生からの正しい生活習慣に係る教育と親世代への啓発。
- 地域や職域での生活習慣改善に係る相談対応や生涯教育、住民啓発機会の増加。
- 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の徹底を推進。

イ 発症後医療等

- 急性心筋梗塞等を疑うような症状出現時の速やかな救急要請や、自動対外式除細動器（AED）による電氣的除細動の実施に向けて、県民への普及啓発をさらに推進。
- 県内どの地域でも 24 時間体制で発症後速やかに急性心筋梗塞等の治療が開始できるように、救急医療体制を整備・充実。
- 隣接圏域を含めた病院間ネットワークの構築や、迅速な患者搬送体制の構築。
- 発症早期から、多職種チームにより、患者及びその家族に再発予防や今後のリハビリテーション等の情報提供を教育的に行う体制を推進。
- 心臓移植や人口心臓治療が可能な医療機関の整備の推進。
- 高齢心不全患者への内科系医師や循環器内科による専門的治療等体制の検討。

ウ 心血管疾患リハビリテーション

- 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の実施を推進。
- 急性期、回復期、維持期の医療機関等が、診療情報等をクリティカルパス等により共有・連携して治療する体制を推進。

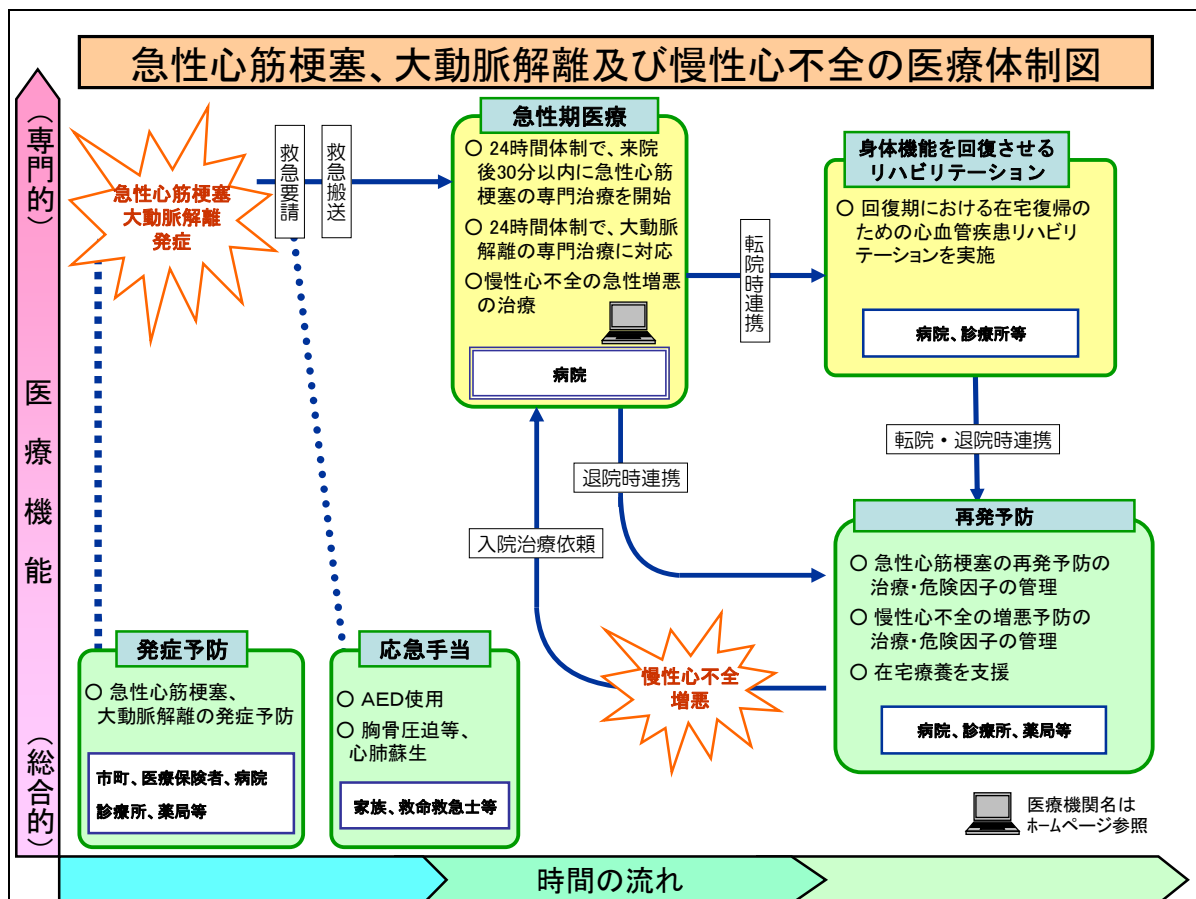
エ 在宅療養・再発予防

- 退院後の通院や定期検査、外来心血管疾患リハビリテーションを多職種連携で継続する体制推進。
- 心筋梗塞の予防、再発防止のため、かかりつけ歯科医院への定期受診を推進。
- 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推進。
- 高齢で心機能の回復が難しい慢性心不全患者に対する、本人と家族の希望による緩和ケアの実施や看取りをふまえた対応を在宅医療で実施。

表 4-6 「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	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	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 ○ 在宅等生活の場合への復帰の支援	○ 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、救命救急士等によるAED使用や胸骨圧迫の実施 ・地域メディカルコントロール協議会によるプロトコール（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、緊急ペーシングへの対応 ・運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず多面的・包括的なリハビリテーションを実施 ・抑うつ状態等の対応の実施 ・回復期（あるいは在宅医療）の医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携、またその一環として再発予防の定期的専門的検査を実施 	<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

図 4-7 「心筋梗塞等の心血管疾患」の医療体制図



(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特定保健指導を推進
- 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

施策の方向性

ア 発症・合併症予防

- 糖尿病の発症予防に向けた適切な生活習慣の知識を普及啓発、学校教育の場でも生活習慣病予防を啓発。
- 特定健康診査受診者の検査結果、生活習慣等のデータを分析し、地域や保険者ごとの特性を県民に分かりやすく伝え、生活習慣改善の動機付けとなるように支援。
- 特定健康診査の結果に基づき、適切な受診勧奨や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実施。
- 歯周病治療が糖尿病発症予防に有効であることの啓発や、歯科医とかかりつけ医との治療相談等の連携を促進。
- 養成機関と協力した糖尿病療養指導士の養成支援、医療機関への活用推進の啓発。

イ 初期・安定期の治療

- 糖尿病の早期・確実な診断に向けて、特定健診結果に基づく適切な受診勧奨の推進。
- かかりつけ医は良好な血糖コントロールを目指した治療を継続し、急性増悪時や糖尿病網膜症、糖尿病性腎症等合併症の定期受診時には専門医療機関を紹介。
- かかりつけ医、歯科医等地域関係者による糖尿病患者への治療中断防止の指導。

ウ 専門治療・急性増悪時の治療、慢性合併症の治療

- 安定期治療を行う医療機関と血糖値コントロール困難例治療や慢性合併症治療を行う専門医療機関との地域医療連携体制の整備、医療機関間での患者情報共有の推進。
- 静岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを活用し、専門医の連携のもと重症化予防を推進。

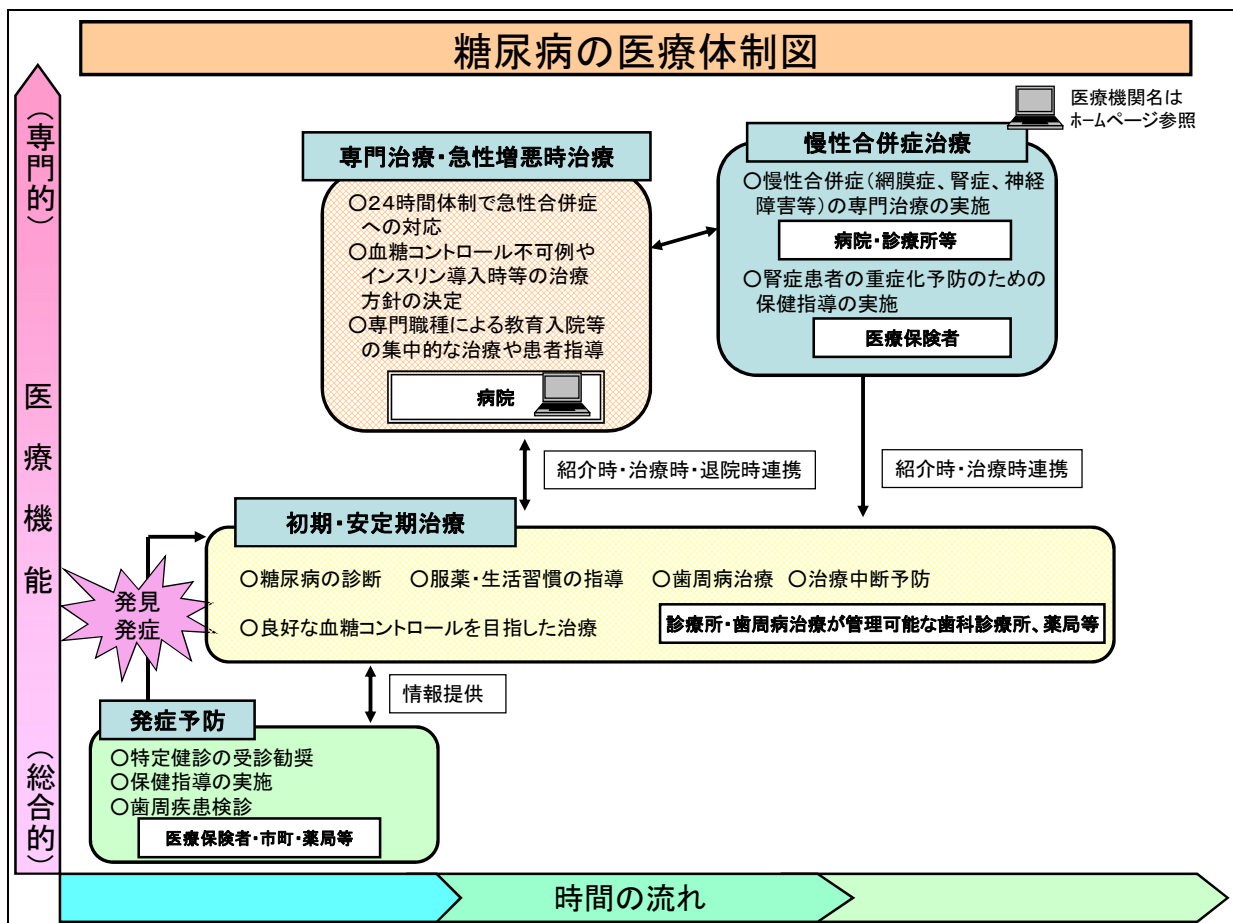
エ 地域との連携

- 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構築。
- 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医療機関や薬局の情報共有や連携協力体制の構築。

表 4-7 「糖尿病」の医療体制に求められる医療機能

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

図 4-8 「糖尿病」の医療体制図



(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
- 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

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、肝炎に関する偏見や差別を解消、新規の感染を予防。
- 1歳に至るまでの者へのB型肝炎ワクチンの定期接種の勧奨、中学・高校生における思春期講座等の機会を活用した感染予防知識の普及による新規の感染を予防。
- 職域における普及啓発活動として、雇用主・従業員に対する知識を普及啓発。

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

- 県民が生涯に一度は肝炎ウイルス検査を受検するよう勧奨するとともに、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実施。
- 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への拡大。
- 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。

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等で適切な医療を継続して受けられるよう、静岡県肝疾患診療連携拠点病院、地域肝疾患連携拠点病院、かかりつけ医の連携体制を確保。
- 「肝臓病手帳」の周知・普及、手帳を活用した肝疾患かかりつけ医と地域肝疾患診療連携拠点病院の連携促進による肝炎医療連携体制の拡充。
- 肝炎医療コーディネーターの養成研修や技能向上のための継続的な研修会・情報交換会の開催による人材育成。

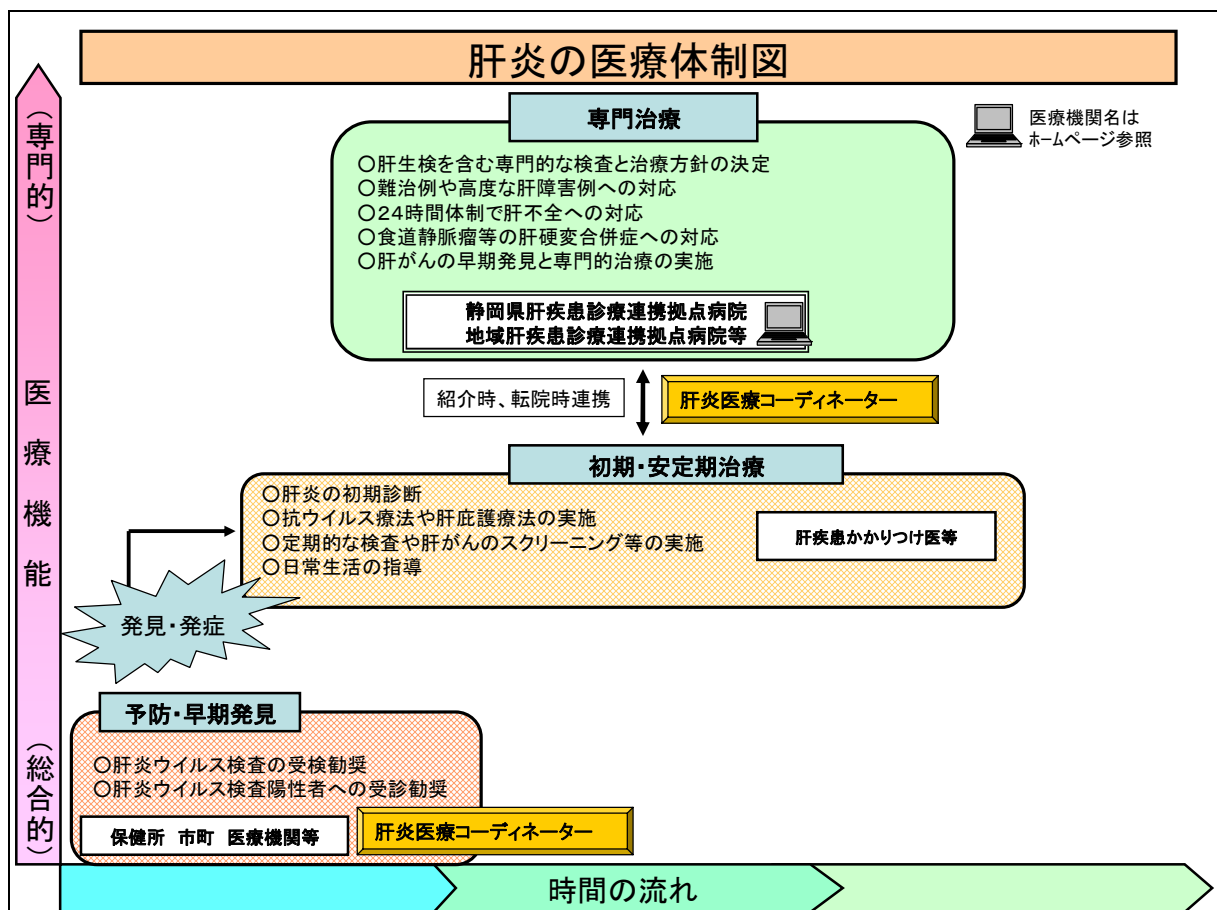
エ 肝炎患者等及びその家族に対する支援の充実

- 肝炎患者の経済的負担の軽減のため、肝炎医療費の助成を実施。
- 肝炎患者の家族のために、保健所において相談会や交流会を開催。
- 肝炎医療コーディネーターによる肝疾患相談・支援センターにおける相談支援の充実、仕事と治療の両立支援の実施。

表 4-8 「肝炎」の医療体制に求められる医療機能

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

図 4-9 「肝炎」の医療体制図



(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

施策の方向性

ア 適正な医療の確保等

- 精神疾患の発生予防、早期・適切な医療提供のため、精神保健福祉センター、健康福祉センター、市町等の関係団体が連携して、精神疾患に関する知識の啓発を推進。
- 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。
- 新規入院患者への処遇改善や患者のQOL（生活の質）の向上、1年以内退院となるよう、良質かつ適切な医療の効率的な提供体制整備を促進。
- 入院患者への歯科訪問診療、薬局による服薬情報の一元的・継続的把握の促進。

イ 多様な疾患ごとの医療連携体制の構築

- 多様化する精神疾患ごとに県下の拠点病院を明確にし、地域医療連携体制を構築。

ウ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- 多職種チームによる退院支援等の取組や、障害福祉サービス事業所等と行政等の協力体制を強化し、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。

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の整備、精神医療相談窓口の設置。

オ 身体合併症

- 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）を構築。

カ 自殺対策

- 「いのちを支える“ふじのくに”自殺総合対策行動計画」に基づく県・市町一体の自殺対策の実施、地域における相談体制の充実。ゲートキーパーの養成等の推進。
- 教育委員会等との連携による若年層の自殺予防対策、職場のメンタルヘルス対策の推進。
- 自殺未遂者に対する、良質かつ適切な治療を実施する地域医療連携体制を構築。

キ 医療観察法における対象者への医療

- 静岡県立こころの医療センターや指定通院医療機関等と協働した地域処遇体制確立。

ク 児童・思春期精神疾患の医療連携体制の構築

- 疾患を有する児童の治療、回復、地域社会での生活に向けた地域医療連携体制確立。

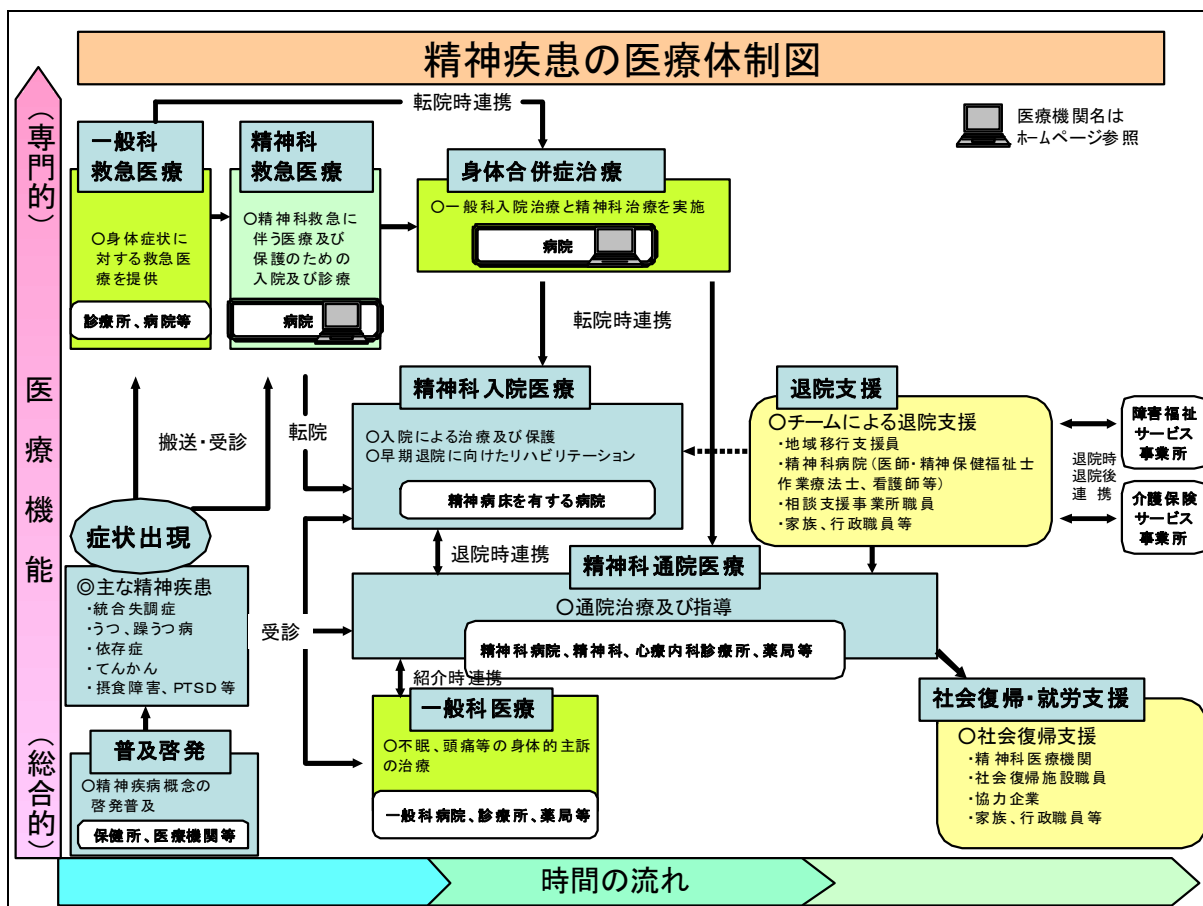
ケ 発達障害

- 医療機関への定期的な調査、発達障害に係る医療情報の提供。
- 浜松医科大学への寄附講座による医師の養成、小児神経科医や児童精神科を養成・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。
- 小児科医や看護師等への研修充実、医療から発達支援へつなぐ仕組みづくりなど、医療機関と福祉、教育などの支援機関の連携強化。
- 成人期の発達障害者の困難事例対応のため診断技術研修や心理検査のサポート。

表 4-9 「精神疾患」の医療体制に求められる医療機能

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

図 4-10 「精神疾患」の医療体制図



(7) 救急医療

対策のポイント

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

施策の方向性

ア 救急搬送

- 傷病者搬送・受入れの実施状況を各地域のメディカルコントロール協議会により毎年検証、受入医療機関と消防機関との円滑な連携体制の推進。
- 「救急の日」「救急医療週間」等を通じて、救急自動車の適正利用について市町と連携して住民に周知し消防機関の負担を軽減。

イ 救急医療体制

(ア) 初期救急医療

- 市町や保健所、地域の医師会と連携して、地域の実情に応じ、在宅当番医制から急患センター方式への転換や、急患センターの既存施設の建替えや機能拡充を図り、診療時間の空白の解消や持続可能な体制確保に向けた取組を推進。
- 休日・夜間等に処方箋が交付された場合における、地域の薬局での調剤体制を推進。

(イ) 第2次救急医療（入院救急医療）

- 市町や地域の関係機関と協力した体制の確保・充実。市町と連携した必要な施設・設備の整備、拡充。
- 輪番制による地域内の病院間の役割分担の明確化や ICT 等による連携の強化を図るなど、地域の実情に応じ、第2次救急医療体制の継続的確保に向けた取組を推進。

(ウ) 第3次救急医療（救命医療）

- 重篤救急医療患者の医療を行う、救命救急センターの施設・設備の整備拡充。
- 地域の状況を勘案しつつ、新たな救命救急センターの整備を検討。
- 各救命救急センターにおける、急性期を乗り越えた患者を一般病棟へ円滑に転棟するための体制整備への支援を検討。

(エ) ドクターヘリ

- 安全かつ安定的な運行の支援。搬送事案の事後検証などによる救急隊員等の資質向上、適切なドクターヘリ要請の119番通報から診療着手までの時間のより一層の短縮。

(オ) 救急医療を担う人材の確保

- 浜松医科大学等の各機関における医療従事者の育成、各救命救急センターにおける救急医療に関する臨床教育の場として医師等を育成。
- 「静岡県専門医研修ネットワークプログラム」等による救急医療を担う人材の育成。
- 認定看護師等の育成にかかる関係機関等の体系的な研修実施・参加促進。

ウ 病院前救護活動

- 救急救命士への講習・実習の継続的な実施による、救急救命士の資質の向上。
- 県民向け救命講習の継続的な開催、AED使用等を含めた心肺蘇生法の普及。
- 搬送事案の事後検証などによる救急隊員等の資質向上、適切なドクターヘリ要請による119番通報から診療着手までの時間のより一層の短縮。

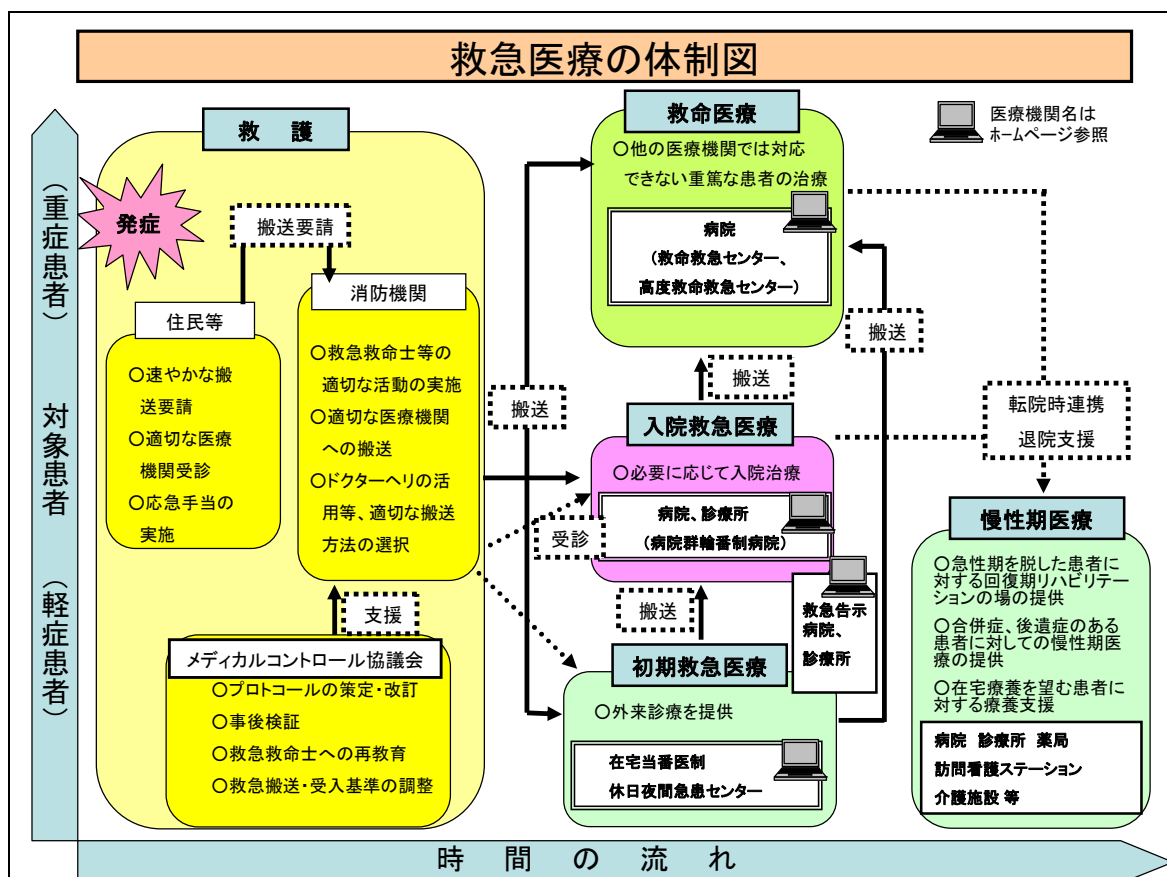
エ 住民の受療行動

- 救急の日や救急医療週間の地域啓発活動による適切な受療行動等への理解促進。
- 人生の最終段階における救急医療の受療行動に患者本人の意思が尊重されるよう、家族や医療関係者の理解を促進。
- 傷病の緊急度に応じた適切な救急対応について相談に応じる電話相談事業を検討。

表 4-10 「救急医療」の医療体制に求められる医療機能

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

図 4-11 「救急医療」の医療体制図



(8) 災害時における医療

対策のポイント

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

施策の方向性

ア 医療救護施設

- 地域の実情に応じて災害拠点病院の指定を積極的に推進し、施設耐震化やライフライン確保等の施設・設備面での整備を継続して推進。
- 市町や医師会等との協定締結により、救護所の医療人材確保や医薬品等確保を推進。
- 災害精神医療における全域拠点機関（県立こころの医療センター）と地域医療連携体制を構築し、災害拠点病院と類似の機能を有する災害拠点精神科病院を今後整備。

イ 災害時の情報把握

- 防災情報システムによる、医療救護施設と行政間の迅速な情報伝達や情報共有、医療救護に係る支援要請等に対する連絡・処理体制を充実。

ウ 広域医療搬送

- 関係機関の連携による広域医療搬送訓練の実施、搬送体制の検証と習熟。
- ヘリポートの確保、ドクターヘリの運航管理体制の整備、県庁や S C U への専門人材配置、地域医療搬送を円滑に実施するため消防との連携体制確保。

エ 広域受援

- 平時から保健医療圏単位等で医療関係者によるネットワークを構築、災害時に保健医療調整本部を設置。
- 県 D M A T 調整本部等の機能強化。
- 妊婦や乳幼児にかかる医療機関との調整を行う災害時小児周産期リエゾンの養成。

オ 応援派遣

- D M A T 連絡協議会等を中心とした、平時から関係団体との連携体制の構築。

カ 医薬品等の確保・供給

- 災害薬事コーディネーターによる地域の医療ニーズを踏まえた医薬品等の確保・供給や薬剤師の配置体制及び市町、医薬品卸業者等との連携等の強化。

キ 災害時の健康管理

- 医療チーム等と保健師等による被災者に対する感染症のまん延防止、衛生指導、口腔ケア、メンタルヘルスケア等、災害時の健康管理体制を強化。

ク 原子力災害への対応

- 原子力災害医療に必要な資機材・設備の整備や、医療関係者に対する研修・訓練の実施等、原子力災害医療体制の整備を進める。
- P A Z 圏内の住民への安定ヨウ素剤の事前配付を継続的に実施。

ケ その他

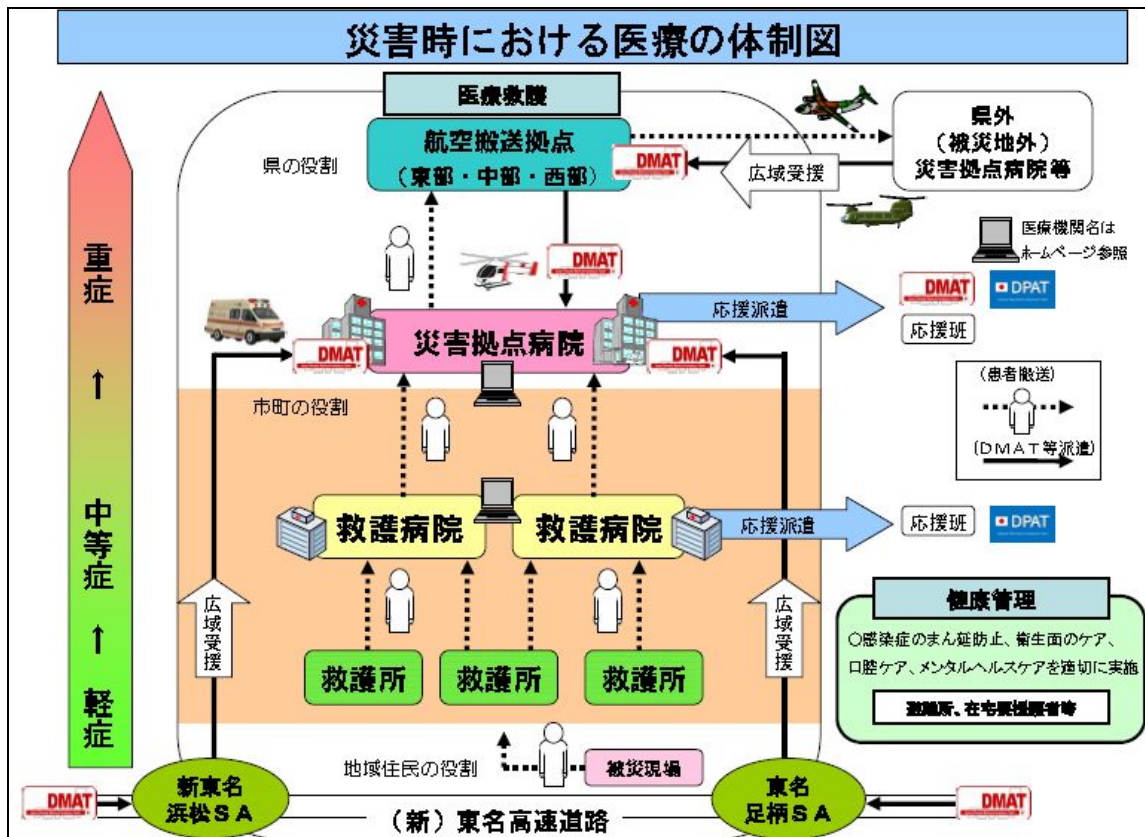
- 関係団体との協力の下に、トリアージ等の災害医療技術の研修の実施。

表 4-11 「災害時における医療」の医療体制に求められる医療機能

災害時における医療体制に求められる医療機能

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

図 4-12 「災害時における医療」の医療体制図



(9) へき地の医療

対策のポイント

- へき地住民への医療提供体制の確保
- へき地の診療を支援する機能の向上

施策の方向性

ア へき地住民への医療提供体制の確保

- 自治医科大学卒業医師の配置、関係機関連携による医師確保・定着を促進。
- 総合診療・プライマリケアを実施する医師の育成・確保。
- 看護職員養成所等在学者を対象とした修学資金制度を活用し、へき地医療機関に従事する看護師を確保。
- へき地医療に従事する医療従事者が安心して勤務・生活できるキャリア形成を支援。
- 医学生や中高生を対象としたセミナー等を開催し、医療従事者の養成過程等における地域医療やへき地医療への動機付け。
- 地元市町等と連携したへき地医療を担う診療所等の施設・設備整備の積極的な支援。
- 訪問診療に必要な医療機器の整備支援による在宅医療の推進。
- サテライト型訪問看護ステーションの設置など、へき地を含め全県下での安定的な訪問看護サービスの提供体制を確保
- へき地住民の健康増進を図るため、特定健診等の保健活動への積極的参加の促進、保健師や栄養士などによる保健予防活動を関係機関と連携して実施。
- へき地を有する市町や地域の歯科医師会と連携した、地域のニーズに即した歯科医療体制の整備。

イ へき地の診療を支援する機能の向上

- へき地医療支援機構を充実・強化し、総合的なへき地対策の企画・立案を実施。
- へき地医療支援機構を中心に、へき地医療拠点病院等の医療機関との連携を強化。
- 無医地区の医療等の確保のため、へき地医療拠点病院医師等による巡回診療を充実。
- 代診医の派遣制度の充実、医師等の勤務条件の改善。
- 情報技術を利用した診断支援等、へき地に勤務する医師のサポート体制の充実。
- 公共交通機関による通院が困難な地域において、定期的な患者輸送車の運行など、医療機関を受診する住民の移動を支援する体制を整備
- 重篤な救急患者を高度専門医療機関へ迅速に搬送するため、救急隊員等の資質向上を図るなど、119番通報から診療着手までの時間のより一層の短縮。ドクターヘリの安全かつ安定的な運行の支援。

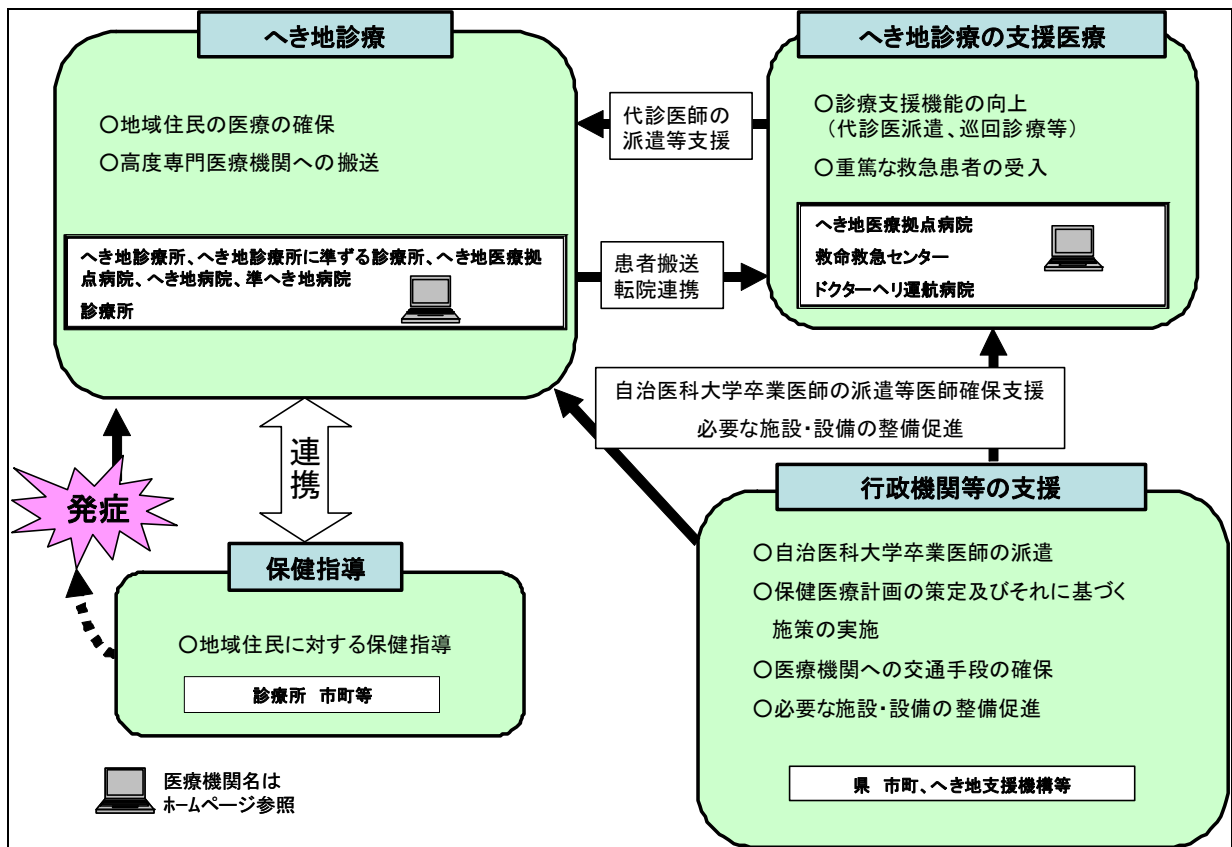
ウ 計画の推進

- 医師会、市町、へき地医療拠点病院等が連携し、医療提供体制の確保と計画推進に努める。
- へき地における医療提供体制の現状を把握し、へき地医療支援計画推進会議において定期的に評価・検討。

表 4-12 「へき地の医療」の医療体制に求められる医療機能

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

図 4-13 「へき地の医療」の医療体制図



(10) 周産期医療

対策のポイント

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

施策の方向性

ア 分娩取扱施設

- 東部、中部、西部の3地域ごとに、地域の周産期医療施設のネットワークによる周産期医療体制の整備を推進するため、総合周産期星医療センターや地域周産期母子医療センターへの支援や地域の周産期医療施設の機能分担による連携を充実。

イ 周産期医療従事者の確保及び育成

- 「ふじのくに地域医療支援センター」が研修プログラムを提供し、専門医を養成。
- 看護職員に対する認定看護師資格取得支援を行う医療機関に対する支援を実施。
- 潜在看護師の再就業支援、助産師資質向上や母体急変時初期対応習得の研修会開催。
- 県内の母体・児の死亡症例等の調査・分析、知見や治療方針の医療従事者間の共有。
- 浜松医科大学に設置した地域周産期医療学講座において、専門医養成支援を実施。

ウ 周産期医療関連病床の整備

- 地域バランスや病床の利用状況等を勘案し必要に応じてNICUの整備を推進。
- NICUの病床整備を促進するため、施設・設備に対する支援。

エ 産科救急搬送の整備

- 3次・2次周産期医療機関における緊急患者の受け入れ体制の確保。
- 県境を越えた母体と新生児の円滑な搬送受入のため、隣接県との調整を実施。
- 身体合併症や精神合併症を有する母体対応のため、救急や精神医療等との連携強化。

オ 災害時における対応の強化

- 総合母子周産期センターにおける業務継続計画(BCP)の策定を促進。
- 災害時小児周産期リエゾン養成のため、研修の積極的な受講を促進。

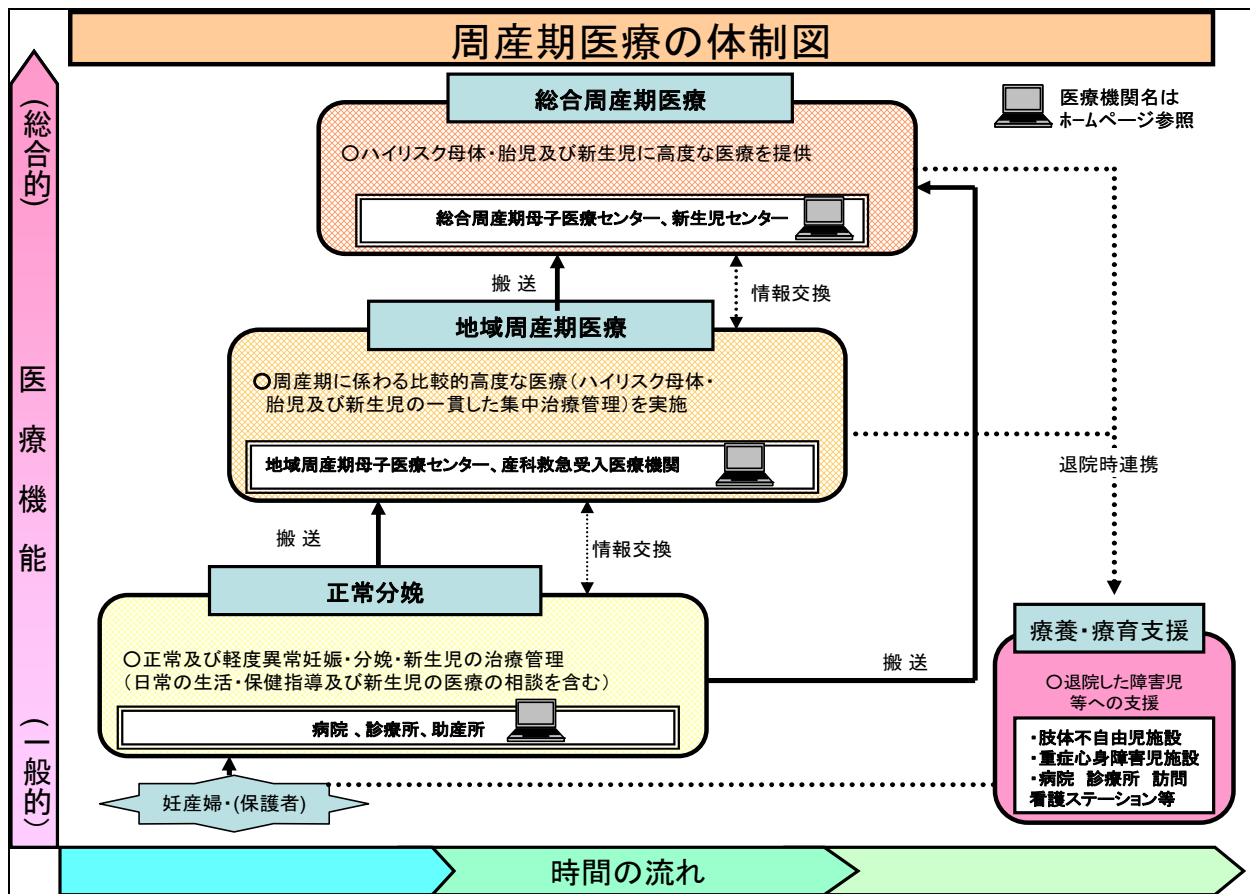
カ 妊婦及び新生児のケアの充実

- 妊婦健康診査の受診啓発、受診促進、要支援妊婦への適切な支援の実施。
- 妊娠期の口腔内チェック、出産前に必要な治療や口腔衛生管理の重要性の啓発。
- NICU、GCUに長期入院している児童にとって、ふさわしい療育・療養環境を確保するための体制整備を検討し、在宅療養に対する支援の充実を図る。
- NICU等を退院後、地域で医療的なケアを要する児や家族が適切な医療支援を受けるために、医療従事者等に対して、環境整備や地域連携についての研修を実施。
- 産後うつ早期発見のための産婦健診実施の市町への働きかけや産科・精神科等と保健の連携体制構築

表 4-13 「周産期医療」の医療体制に求められる医療機能

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

図 4-14 「周産期医療」の医療体制図



(11) 小児医療

対策のポイント

- 小児患者の症状に応じた対応と家族の支援

施策の方向性

ア 小児医療

- 一般小児医療を担う医療機関、小児専門医療を担う病院及び静岡県立こども病院の役割分担の明確化、重症度に応じた受診を促し、病院勤務の小児科医の負担軽減。
- ふじのくに地域医療支援センターにおいて提供する「静岡県専門医研修ネットワークプログラム」を始め、各種人材育成支援事業により県内小児医療人材を育成。
- 県立病院からの小児科医の派遣により小児医療体制確保困難な公的病院を支援。
- 安心して薬を服用できるよう、薬の服用方法や副作用についてかかりつけ薬剤師・薬局に24時間の電話で相談できる体制の整備を推進。
- 小児慢性特定疾病児童等に対して成人後も必要な医療等を切れ目なく提供するため、小児期及び成人期をそれぞれ担当する医療従事者間の連携体制を充実。

イ 小児救急電話相談

- 一般的な子育ての相談窓口と併せた紹介など効果的な広報による認知度の向上。
- より多くの相談件数に対応できるよう、相談件数の推移に応じ、相談体制の充実。

ウ 小児救急医療

- 市町や地域の医師会と連携して、初期小児救急医療体制の整備・充実を推進。
- 静岡県立こども病院を中心とした、小児救命医療体制の強化を推進。
- 消防機関及び救急医療機関との連携を推進。ドクターヘリや新東名高速道路の活用による小児救命救急センターを設置する静岡県立こども病院への搬送時間短縮化。
- 救命率の向上のため、教師や保護者等に対する救命講習の実施、心肺蘇生法の普及を図るとともに、不慮の事故を未然防止するための情報提供や啓発活動を推進。
- 休日・夜間等に処方箋が交付された場合における、地域の薬局での調剤体制を推進。

エ 療養・療育支援

- 医療的ケア児等が適時適切な医療・福祉サービスが受けられるように、医療及び福祉・介護等のエキスパート養成、「静岡県重症心身障害児(者)在宅支援推進連絡調整会議」により、医療、福祉、行政、親の会等関係機関相互の連携を一層充実。
- 医療的ケア児が住み慣れた地域で安心して暮らすため、医療機関による短期入所サービスの提供等在宅支援サービスの充実。

オ 災害時における小児医療

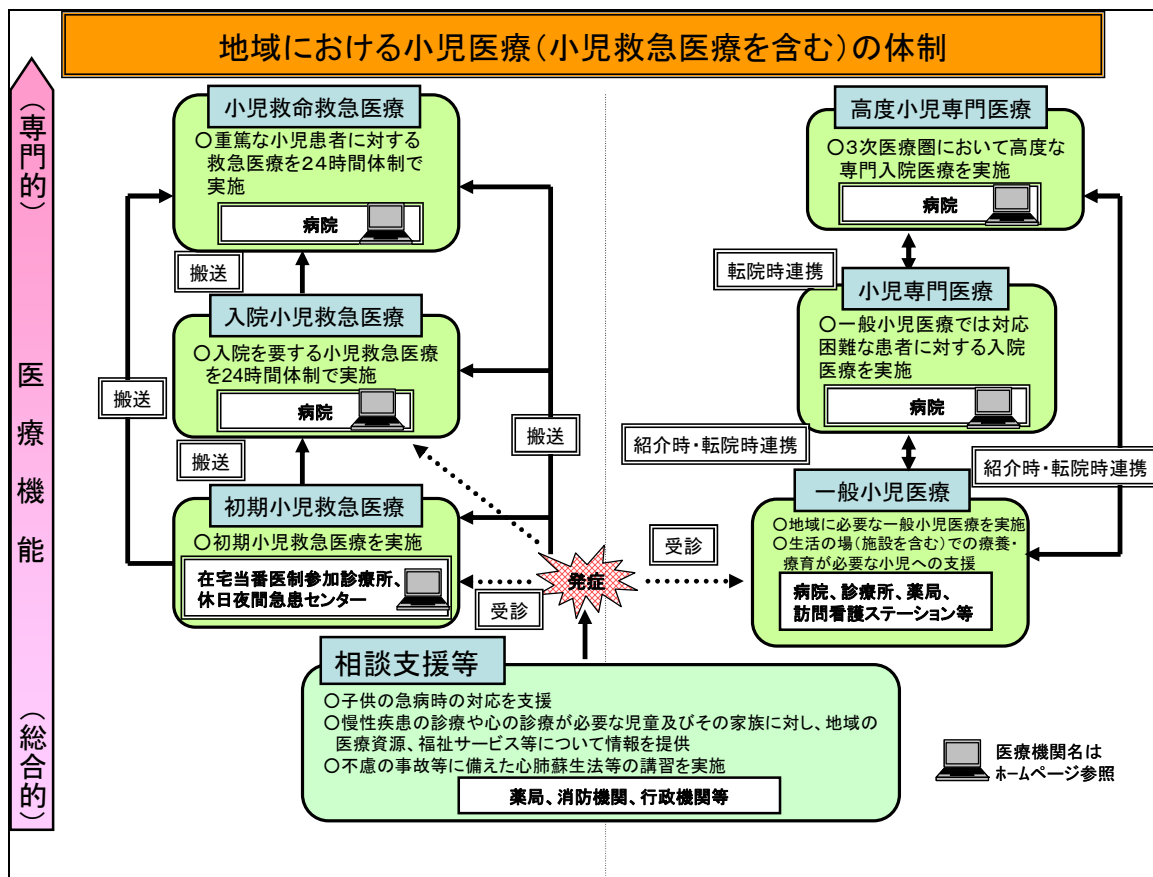
- 妊婦や乳幼児にかかる医療機関との調整を行う「小児周産期災害リエゾン」の養成、災害医療コーディネーターや災害薬事コーディネーター等との連携体制の強化。

表 4-14 「小児医療」の医療体制に求められる医療機能

小児医療(小児救急医療を含む。)の体制に求められる医療機能

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

図 4-15 「小児医療」の医療体制図



(12) 在宅医療

対策のポイント

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

施策の方向性

ア 退院支援

- 入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援が実施できる体制の強化、在宅医療に携わる関係機関と地域の実情にあったルールづくりを推進し、退院調整機能強化。
- 病院等の退院前カンファレンスへ地域の在宅医療を担う診療所等の参加を促進し、関係者の密接な連携体制を構築。

イ 日常の療養支援

- 在宅医療に取り組む診療所、病院、歯科診療所、訪問看護ステーション及び薬局の充実、地域偏在の解消を推進。
- 訪問看護ステーションの大規模化やサテライト型の設置などの機能強化、訪問看護師の勤務環境整備による訪問看護の質の向上。
- 郡市医師会や郡市歯科医師会等の関係機関と連携し、在宅医療提供体制構築を支援。
- がん診療拠点病院などの病院と診療所等が連携し、地域の在宅緩和ケアを強化。
- 医療的ケア児等の短期入所サービスの提供等在宅支援サービスの充実。
- 訪問リハビリを行う理学療法士・作業療法士等の養成や、在宅患者に対するリハビリテーション提供体制の強化。
- 認知症対応力の向上、認知症連携パスの普及の促進。

ウ 急変時の対応

- 病院や診療所、訪問看護ステーション等との連携で、病状急変時対応体制の確保。
- 在宅における長期療養を支える機能等を有する有床診療所の機能強化。
- 在宅患者の急変時における地域でのルール策定や家族等との事前の話し合いにより安心して在宅療養ができる環境を整備。

エ 在宅での看取り

- 在宅看取りをする病院、診療所、訪問看護ステーション等の増加を促進
- ターミナルケアや緩和ケア等が提供できる専門的知識・技術向上に対する取組支援。
- 多職種連携体制を強化し、患者本人の意思を尊重した方針決定を行うことを目指す。

オ 多職種連携

- 静岡県在宅医療推進センターを中核とした多職種連携による人材養成
- ICTを活用した「静岡県在宅医療・介護連携情報システム」(シズケア*かけはし)の運用拡大、在宅患者の医療・介護サービス・施設情報等の共有化を全県下に普及。
- 介護支援専門員が介護予防の段階から訪問看護等の在宅医療サービスの必要性を適切に判断できるような知識・技術を提供する研修会等の実施。

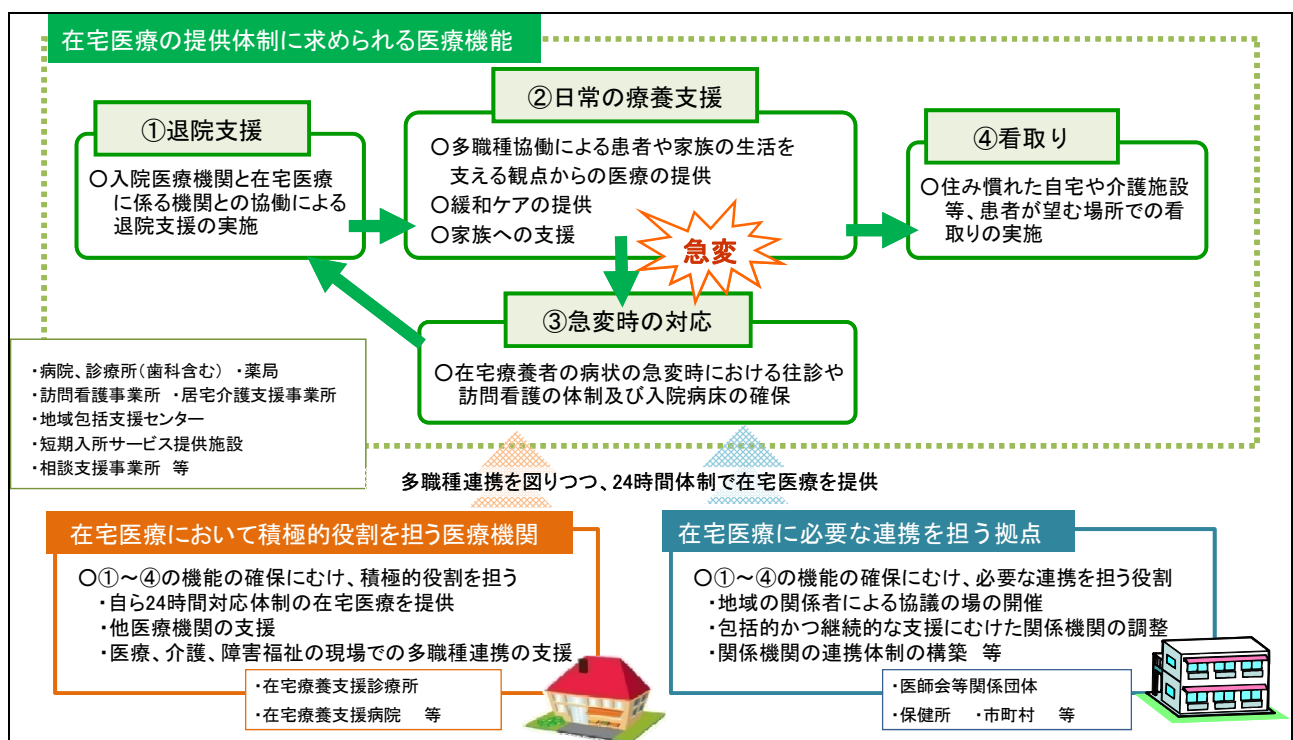
カ 県民への理解促進

- 県民の在宅医療への理解を深め、不安解消を図るなど在宅医療が選択される環境整備を促進。

表 4-15 「在宅医療」の医療体制に求められる医療機能

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

図 4-16 「在宅医療」の医療体制図



第3節 医薬品の適正使用等

1 医薬品の適正使用の推進

(1) 医薬品の適正使用の推進にかかる国の取組

- 医療費の増大が見込まれる中では、重複投薬の是正等、患者の治療効果や安全性の面から、医薬品の適正使用を推進することが重要です。
- 国では、高齢者医薬品適正使用検討会において、加齢に伴う疾患上や機能上の要因等を踏まえ高齢者の薬物療法に関する安全対策等が検討され、日本老年医学会から「高齢者の安全な薬物療養ガイドライン」が公表される等、適正使用に関する取組を進めています。
- 国は、2015(平成 27)年に「患者のための薬局ビジョン」を示し、薬剤師・薬局は、かかりつけ薬剤師・薬局としての機能を活かし、服薬情報等を一元的・継続的に把握して多剤・重複投薬等や相互作用を防止することが求められています。

(2) 医薬品の適正使用の推進にかかる取組

- 全ての県民からかかりつけ薬剤師・薬局として選ばれるよう、県薬剤師会と協働した取組により、引き続き薬局機能の充実強化を図ります。
- 2016(平成 28)年度には、県薬剤師会への委託により、モデル地域において、地域住民を対象とした出前講座の中で残薬バッグを配布し、家庭に保管されている医薬品を薬局に持ってきてもらい、医師との調整のもと整理を行うブラウンバッグ運動を実施し、その後、他の地域にその活動で得られた知見等を共有しました。
- また、県民が薬を安心して適切に服用できるよう、県薬剤師会が設置する電話相談窓口「高齢者くすりの相談室」に助成支援し、高齢者等からの医薬品等に関する相談に対応するとともに、実際に行った相談内容を中心に事例集を作成し、市町、保健所、県民等に配布するなどしています。

2 後発医薬品の使用推進

(1) 後発医薬品の使用推進にかかる国の取組

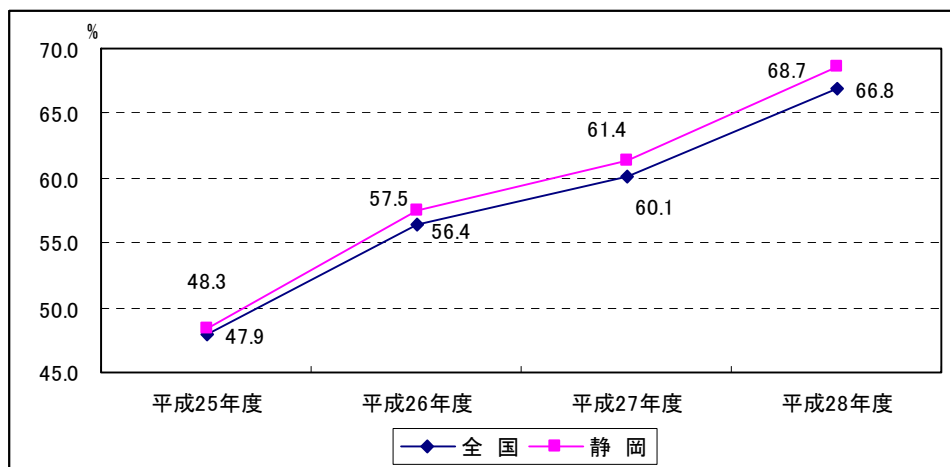
- 後発医薬品（ジェネリック医薬品）は、先発医薬品の特許終了後に、先発医薬品と品質・有効性・安全性が同等であるものとして厚生労働大臣が製造販売の承認を行っている医薬品です。
- 一般的に開発費用が安く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が低くなっており、後発医薬品の普及は医療費の効率化を通じて、医療費資源の有効活用を図り、国民医療を守ることに繋がります。
- 国は、2013(平成 25)年に、新たに後発医薬品の数量シェアを 2018(平成 30)年 3 月末までに 60%以上とする目標を設定して、行政、医療関係者、医薬品業界など国全体で取り組む施策として「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を定め、取組を推進してきました。
- その後、後発医薬品の使用割合は着実に伸び続けており、国は新たな目標を 2017(平成 29)年 9 月までに 70%以上とするとともに、2020(平成 32)年 9 月までに 80%とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討することとしています。

(2) 後発医薬品使用の状況

- 厚生労働省の公表した「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」によると、全国における 2016(平成 28)年度の調剤医療費は 7 兆 4,395 億円で、薬剤料は 5 兆 5,778 億円、薬剤料のうち、後発医薬品は 8,636 億円となっています。
- 本県における 2016(平成 28)年度の調剤医療費は 2,091 億円で、薬剤料は 1,549 億円、薬剤料のうち、後発医薬品は 252 億円となっています。
- 全国における 2016(平成 28)年度の後発医薬品割合（数量ベース）は 66.8%で、新指標¹が導入された 2013(平成 25)年度以降は大幅に上昇を続け、前年度から 6.7 ポイントの増となっています。
- 本県における 2016(平成 28)年度の後発医薬品割合（数量ベース）は 68.7%で、全国の動向と同様に上昇を続け、前年度から 7.3 ポイントの増となっており、全国で 20 番目に高い割合となっています。

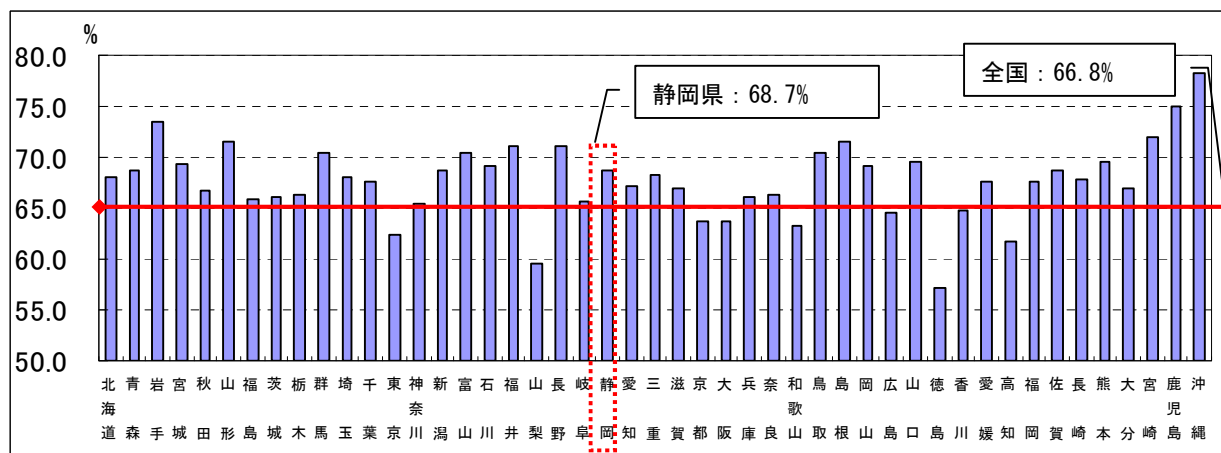
¹ 後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を分母とした後発医薬品の数量シェアのこと。「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で定められた目標に用いられた指標。これに対して旧指標は、全医療用医薬品を分母とした後発医薬品の数量シェアのこと。
なお、データは保険薬局で、レセプト電算処理システムで処理された調剤レセプトのデータをもとに分析したものであり、「数量」とは、薬価基準告示上の企画単位ごとに数えた数量をいう。

図 4-17 後発医薬品割合（数量ベース）（全年齢）年度別推移



資料：厚生労働省「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」

図 4-18 都道府県別にみた 2016(平成 28)年度後発医薬品割合（数量ベース）（全年齢）



資料：厚生労働省「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」

(3) 後発医薬品の使用推進の取組

- 本県においては、2008(平成 20)年に医療関係者、後発医薬品メーカー、医薬品卸売業者等で構成する「静岡県後発医薬品検討会」を設置し、後発医薬品の使用に関する課題を検討し、「県民に向けた後発医薬品に関する偏りのない正しい知識の提供」などの啓発活動の必要性が提言されました。
- 2010(平成 22)年には、提言された啓発活動に関する具体的方策を協議するため、「静岡県後発医薬品の情報提供に関する協議会」を設置し、県民が後発医薬品を正しい知識のもと適切に選択できるよう啓発用リーフレットを作成しました。県ではリーフレットを医療施設、薬局等に配布し、後発医薬品に対する正しい知識の普及啓発に努めています。
- 県内医薬品製造業者に対する監視・指導により、後発医薬品を含む医薬品の適切な製造を確保するほか、後発医薬品の規格試験を厚生労働省からの委託により実施し、

医薬品の品質確保を図っています。

○また、市町が行う、後発医薬品の差額通知やパンフレットの配布など、健康や医療に関する情報提供について支援していきます。

第5章 医療費

第1節 医療費の現状

○厚生労働省が患者の所在地に基づいて推計した本県及び全国の国民医療費は以下のとおりです。

表5-1 本県及び全国の医療費の状況（上段：医療費総額、下段：一人当たり医療費）

年 度	静岡県			全 国		
	総額	一般医療費(再掲)		総額	一般医療費(再掲)	
		入院	入院外		入院	入院外
2015 (平成27)年度	11,414 億円 308 千円	3,849 億円 104 千円	4,264 億円 115 千円	423,644 億円 333 千円	155,752 億円 123 千円	144,709 億円 114 千円
2014 (平成26)年度	11,004 億円 297 千円	3,765 億円 102 千円	4,086 億円 110 千円	408,071 億円 321 千円	152,641 億円 120 千円	139,865 億円 110 千円
2011 (平成23)年度	10,331 億円 276 千円	3,476 億円 93 千円	3,944 億円 105 千円	385,850 億円 302 千円	143,754 億円 112 千円	134,376 億円 105 千円
2015年度 /2014年度	103.7% 103.9%	102.2% 102.4%	104.4% 104.5%	103.8% 103.8%	102.0% 102.0%	103.5% 103.5%
2014年度 /2011年度	106.5% 107.8%	108.3% 109.6%	103.6% 104.8%	105.8% 106.4%	106.2% 106.8%	104.1% 104.7%
2015年度 /2011年度	110.5% 111.9%	110.7% 112.2%	108.1% 109.5%	109.8% 110.4%	108.3% 108.9%	107.7% 108.3%

資料：厚生労働省「国民医療費（2011(平成23)、2014(平成26)、2015(平成27)年度)」

※一般医療費は、医療費全体から、歯科診療費、薬局調剤医療費、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費等を除いたもの

第2節 医療費の推計及び見直し

○標準的な都道府県医療費の推計方法として、国からは次のとおり示されています。

1 入院医療費の推計方法

○高齢者医療確保法第9条第2項に基づき、「当該都道府県の医療計画に基づく事業の実施による病床の機能の分化及び連携の推進の成果」を踏まえ、医療費の推計額を設定します。

○推計方法としては、医療法施行規則に規定する病床の機能である「高度急性期」、「急性期」、「回復期」、「慢性期」の各区分の2025(平成37)年度の医療需要（患者数見込）

に1人あたり医療費を乗じ、精神病床、結核病床及び感染症病床に関する医療費を加えています。

○なお、病床機能の分化及び連携に伴う在宅医療等の増加分については、現時点では移行する患者の状態等は明らかではなく医療費の推計には盛り込んでいません。

○また、今回の推計方法においては、入院医療費の適正化効果額の算出はしていません。

2 入院外医療費の推計方法

○高齢者医療確保法第9条第2項に基づき、「住民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進により達成が見込まれる医療費適正化の効果」を踏まえ、医療費の推計額を設定します。

○具体的には、自然体の医療費見込みから、特定健康診査及び特定保健指導の実施率の向上による効果、後発医薬品の使用促進による効果、外来医療費の地域差縮減に向けた取組による効果を減じています。

表5-2 医療費の推計に用いた項目・係数

区分	推計に用いた項目		推計に用いた係数
入院	2025(平成37)年度の病床機能ごとの医療需要	高度急性期	2,371人日
		急性期	7,086人日
		回復期	7,114人日
		慢性期	5,921人日
入院外	特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上による効果	特定健診実施率	70%
		特定保健指導実施率	45%
		特定保健指導の対象者割合	17%
	後発医薬品の使用促進による効果	2023(平成35)年度普及率	80%
	外来医療費の地域差縮減に向けた取組による効果	生活習慣病(糖尿病)に関する重症化予防の取組効果(縮減率)	1.1%
		重複投薬の適正化効果	3医療機関
複数種類医薬品の適正使用対象とする1人当たりの投薬種類数		15種類	

3 医療費の推計結果

- 標準的な都道府県医療費の推計方法を使用すると、2018(平成30)年度における本県医療費は1兆1,646億円、2023(平成35)年度には1兆3,073億円となります。
- この計画の数値目標を達成した場合の見通しは、2023(平成35)年度に1兆2,941億円となります。

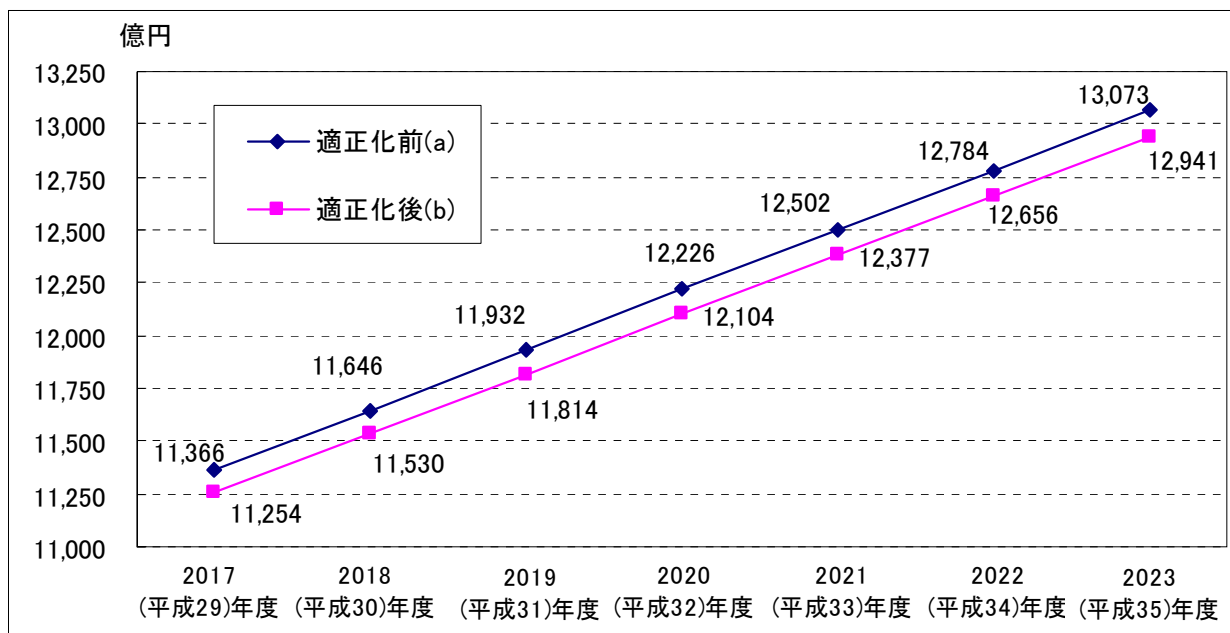
表5-3 医療費の推計結果

(単位：億円)

推計年度	入院	入院外		入院・入院外 計※		適正化効果 (a+b)
	適正化後	適正化前	適正化後	適正化前(a)	適正化後(b)	
2017(平成29)年度	3,970	7,396	7,284	11,366	11,254	112
2018(平成30)年度	4,053	7,592	7,477	11,646	11,530	115
2019(平成31)年度	4,138	7,794	7,676	11,932	11,814	118
2020(平成32)年度	4,225	8,001	7,879	12,226	12,104	122
2021(平成33)年度	4,314	8,188	8,063	12,502	12,377	125
2022(平成34)年度	4,405	8,379	8,251	12,784	12,656	128
2023(平成35)年度	4,497	8,575	8,444	13,073	12,941	131

※入院分は適正化後の値をいずれも用いる

図5-1 計画期間中における医療費の見通し



第6章 計画の進行管理

第1節 計画の評価

1 進捗状況の公表

- 法第11条第1項の規定により、計画に掲げた目標の達成に向けた進捗状況を把握するため、年度ごとに計画の進捗状況を公表します。(ただし、第2期計画の実績評価を実施する2018(平成30)年度及び2の進捗状況に関する調査及分析を実施する2023(平成35)年度を除く。)
- 進捗状況を踏まえ、計画に掲げた目標の達成が困難と見込まれる場合には、その要因を分析し、必要に応じて、目標達成のために取り組むべき施策等の内容を見直し、関係者と協力して、必要な対策を講じます。

2 進捗状況に関する調査及び分析

- 法第11条第2項の規定により、第4期計画の作成に資するため、計画期間最終年度である2023(平成35)年度に計画の進捗状況に関する調査及び分析を行い、その結果を公表します。
- 目標の達成状況について経年的に要因分析を行い、その分析に基づいて必要な対策を講ずるとともに、第4期計画の作成に活用します。

3 実績の評価

- 法第12条の規定により、計画期間終了の翌年度である2024(平成36)年度に目標の達成状況を中心とした実績評価を行い、公表します。
- 評価に際しては、計画に定めた施策の取組状況や、目標値の達成状況と施策の取組状況との因果関係について分析を行います。
- 法第13条の規定により、評価の結果、目標達成のために必要がある場合、厚生労働大臣に対し、診療報酬に関する意見提出をすることが出来ます。
- 法第14条第1項の規定により、厚生労働大臣が他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをするのに先立って行われる県知事との協議においては、実績評価を適宜活用して対応します。

第2節 計画の進行管理

1 関係団体等の役割分担

(1) 関係団体等の役割分担

○医療費適正化の取組の推進に当たっては、関係する取組主体がそれぞれ役割を果たすことにより推進していくことが必要であり、基本方針において次のとおり求められています。

表6-1 医療費適正化の取組の推進における取組主体の役割

取組主体	役割内容
国	○都道府県及び保険者等による取組が円滑かつ効率的に実際されるよう必要な支援を行う。 ○国民の健康の保持の推進及び医療の効率的な推進を図るための施策を推進する。
県	○地域医療構想の実現に向けて、医療提供体制の整備を推進するとともに、保険者等の取組の進捗状況を踏まえて保険者協議会 ¹ を通じて必要な協力を求めるなど、計画の推進に関し目標達成に向けた主体的な取組を行う。 ○2018(平成30)年度からは、国民健康保険財政運営の責任主体としての保険者機能を発揮する。
保険者等	○加入者の資格管理や保険料の徴収等、医療保険の運営主体としての役割に加え、保健事業等を通じた加入者の健康管理や医療の質及び効率性向上のための医療提供体制側への働きかけを行う等、保険者機能の強化を図る。
医療の担い手	○特定健康診査等の実施や医療の提供に際して、質が高く効率的な医療を提供する。
県民	○自らの加齢に伴って生じる心身の変化等を自覚して常に健康の保持増進に努める。

(2) 保険者協議会の位置づけ

○第3期医療費適正化計画からは、①都道府県が医療費適正化計画の策定に当たって、保険者協議会に事前に協議する、②計画策定後、都道府県が計画に盛り込んだ取組を実施するに当たり、保険者等に必要な協力を求める場合に、保険者協議会を通じて協力を求めることができる仕組みとなりました。

○保険者協議会は、①特定健診・特定保健指導の実施等に関する保険者間の連絡調整、②保険者に対する必要な助言又は援助、③医療費などに関する情報の調査及び分析の業務を行います。

¹ 法に基づき、国民健康保険、全国健康保険協会及び健康保険組合等の各医療保険者と後期高齢者広域連合が都道府県ごとに共同で設置する組織

2 住民の健康の保持の推進

- 県民の生活習慣改善に向けた普及啓発等、健康づくりの総合的な推進を図るためには、地域保健、職域保健の連携体制を構築し、行政機関、事業者、医療保険者等の関係者が相互に情報交換や協議を行い、役割分担を明確化し、連携を図ることが求められています。
- ふじのくに健康増進計画（2014(平成 26)年度～2022(平成 34)年度）及び後期アクションプラン（2018(平成 30)年度～2022(平成 34)年度）の推進を通じ、進行管理を行います。具体的には、医療機関、医療保険者、学校、職域、地域、NPO、行政を構成員として設置した「ふじのくに健康増進計画推進協議会」を中心に推進していきます。
- また、地域・職域連携推進協議会²の役割をもつ、県単位の「特定健診・特定保健指導推進協議会」、及び2次保健医療圏単位の「生活習慣病対策連絡会」により、関係者間の連携を図り、各地域の持つ“場の力”を活用した取組を推進します。
- ふじのくに健康増進計画推進協議会や、医療保険者等からなる静岡県保険者協議会と特定健診・特定保健指導推進協議会との連携が必要です。

3 医療の効率的な提供の推進

- 第8次静岡県保健医療計画（2018(平成 30)年度～2023(平成 35)年度）及び第8次静岡県長寿者保健福祉計画（2018(平成 30)年度～2020(平成 32)年度）の推進を通じ、進行管理を行います。
- 両計画は、保健医療分野、福祉介護分野、保険者等が参加する地域包括ケア推進ネットワーク会議において内容の整合が図られていることから、進行管理においても同会議を活用していきます。
- 病床機能の分化・連携を目指す地域医療構想の実現に向けては、構想区域等ごとに設置した地域医療構想調整会議において必要な協議を行うとともに、病床機能報告制度や地域医療介護総合確保基金を活用して、地域に相応しいバランスの取れた医療提供体制の構築を図ります。

² 市町などの地域保健と労働局や企業などの職域保健の連携を図り、生涯を通じた健康づくりを継続的に支援するため、健康増進法第9条に基づく健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針において、その設置が位置付けられた協議会。
関係者が情報交換し、それぞれの保健医療資源を活用、健康づくり事業を共同実施する連携体制の構築をめざす。