

## 第7章 各種疾病対策等

### 第1節 結核対策

#### 【対策のポイント】

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

#### 【数値目標】

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

#### (1) 現状

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

図表7-1-1 新登録結核患者の推移

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

## (2) 課題

- 新型コロナウイルス感染症による渡航規制が解除され、国際的な人の往来の増加に伴い結核高まん延国への出国者及び結核高まん延国からの入国者の増加が予測されます。
- 結核患者の高齢化及び外国人結核患者の増加傾向に対応した感染の防止と患者の早期発見・早期受診が重要です。特に、健康診断の機会を逃しやすい通所施設に通う高齢者及び技能等の習得を目的に入国する若年の外国人に対する健康診断の徹底と結核の正しい知識の普及啓発活動が必要です。
- 高齢者、多剤耐性結核患者、外国人など、治療脱落しやすい患者に対する確実な服薬支援体制の整備が必要です。
- 県内の喀痰塗抹陽性肺結核患者の居住地には偏りはほぼありませんが、県内の結核病床は、約9割が中部及び西部地域にあるため、伊豆地域を含む東部地域に少なく、病床の地域的偏在が問題になっています。
- 静岡県の受診の遅れに関して、実態把握の拠り所となる、発病～初診の期間の聞き取りによる把握率が低いため（発病～初診の期間把握割合中央値（2018年～2021年）：全国31位）、受診の遅れの状況やその理由を正確に把握できていません。
- 結核罹患率の低下に伴い、医療従事者の結核症例に関わる機会が減少しています。

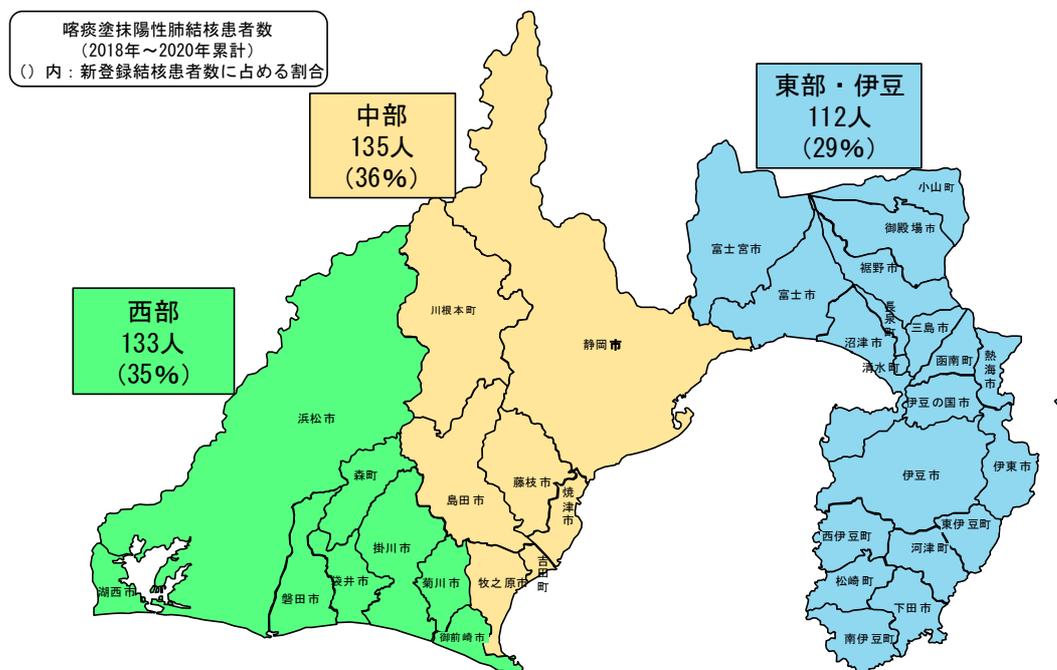
## (3) 対策

- 静岡県における感染症の予防のための施策の実施に関する計画（静岡県感染症・結核予防計画）<sup>1</sup>（2024年3月改定）により、結核の発生予防・まん延防止と適正な医療の提供などに取り組んでいきます。
- 療養病床や老人保健施設、特別養護老人ホームなどの入所施設及びデイサービスなどの通所施設における院内や施設内感染防止と、結核発症者の早期発見のための助言指導を研修等で強化し、高齢者施設等における結核の感染拡大を防止します。
- 技能等の習得を目的に入国する外国人本人やその関係者に対して適切な情報提供を図っていきます。特に結核高まん延国への出国者並びに結核高まん延国からの入国者及びその関係者に対しては、感染の危険性や多剤耐性結核の情報等について十分な周知を行います。
- 結核患者の治療完遂のため、保健所が中心となり結核病床を有する医療機関、一般病院、診療所、薬局、高齢者福祉施設、市町、地域住民等との連携・調整を図り、ICTやSNSも活用して服薬支援を推進していきます。
- 県内の結核患者発生動向を勘案しつつ、結核基準病床数の見直しを行い、結核患者に対する病床を確保していきます。県東部地域における入院を必要とする結核患者については、県中部地域の病院への受入体制を維持しつつ、地域での受入体制の整備を図るとともに、結核モデル病床<sup>1</sup>を活用し、適切な結核医療の提供を図るため、医療機関とも連携を進めます。
- 発病～初診の期間を正確に把握するとともに、受診の遅れのさらなる減少を目指し、結核の初期症状や早期受診の重要性の周知啓発を強化します。

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

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

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



図表 7-1-3 結核病床を有する病院 (2023年11月1日現在)

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

※1 結核病床工事中のため

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

図表 7-1-4 結核モデル病床を有する病院 (2023年4月1日現在)

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

図表 7-1-5 発病～初診までの期間が2月以上の者の人数及び割合

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

図表 7-1-6 発病～初診の期間把握割合

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

## 第2節 エイズ対策

### 【対策のポイント】

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

### 【数値目標】

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

### (1) 現状

#### ア HIV感染者・エイズ患者の現状

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

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

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

していますが、本県においては、40%前後で推移しています。

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

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

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

(出典:厚生労働省「エイズ発生動向調査」)

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

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

(出典:厚生労働省「エイズ発生動向調査」)

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

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

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

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

## イ エイズ医療提供体制の現状

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

図表 7-2-4 静岡県におけるエイズ医療提供体制

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

(2) 課題

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

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

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

### **(3) 対策**

---

#### **ア 正しい知識の普及と予防啓発及び検査体制の充実**

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

#### **イ エイズ医療の連携推進と水準向上**

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

---

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

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

### 第3節 その他の感染症対策

#### 【対策のポイント】

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

#### 【数値目標】

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

#### (1) 現状

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

図表 7-3-1 感染症指定医療機関

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

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

※静岡保健医療圏の第二種基準病床数について、7床への変更を今後調整

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

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

(注)（ ）は、死亡患者数の再掲。

## (2) 課題

- 一類感染症のエボラ出血熱や二類感染症の中東呼吸器症候群（MERS）等の海外からの輸入感染症に備えるほか、近年はダニ媒介性感染症（日本紅斑熱、重症熱性血小板減少症候群（SFTS））や、蚊媒介感染症（デング熱、ジカウイルス感染症、日本脳炎、ウエストナイル熱等）に感染する危険性が高まっているため、患者が発生した場合の早期把握と迅速なまん延防止に加えて、県民への正しい知識の普及が必要です。
- 感染症患者が発生した場合に備え、適切な医療を提供する体制の確保が必要です。
- 抗菌薬などの抗微生物薬の不適切な使用により、細菌感染症に対して、本来効果のある抗微生物薬が効かなくなる又は効きにくくなる「薬剤耐性」（Antimicrobial Resistance：AMR）の

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

### **(3) 対策**

---

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

## 第4節 難病対策

### 【対策のポイント】

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

### 【数値目標】

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

※ 難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院及び難病医療協力病院の合計

## (1) 現状

### ア 難病患者を取り巻く状況

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

### イ 本県の状況

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

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

## (2) 課題

### ア 難病の医療提供体制における医療機関間の連携の確保

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

### イ 患者や支援者に対する情報提供、相談・支援の充実

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

### ウ 災害時支援体制の整備

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

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

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

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

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

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

### **(3) 対策**

#### **ア 難病の医療提供体制における医療機関間の連携の確保**

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

#### **イ 患者や支援者に対する情報提供、相談・支援の充実**

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

#### **ウ 災害時支援体制の整備**

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

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

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

(4) 関連図表

図表 7-4-1 受給者数の推移 (各年度末現在) (単位: 人)

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

※県及び政令市が認定した指定難病の受給者数、県疾患受給者数(橋本病、突発性難聴)の合計  
 出典: 厚生労働省「衛生行政報告例」を基に、県疾病対策課作成

図表 7-4-2 静岡県における受給者数の多い10疾病 (2022年度末現在) (単位: 人)

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

※脊髄小脳変性症は多系統萎縮症を除く。

出典: 厚生労働省「衛生行政報告例」を基に、県疾病対策課作成

図表 7-4-3 静岡県における難病指定医及び難病指定医療機関認定状況 (単位: 人、施設)

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

※政令市の認定数を除く (各年度末時点)。県疾病対策課作成

## 第5節 認知症対策

### 【対策のポイント】

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

### 【数値目標】

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

### (1) 現状と課題

#### ア 認知症の医療

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

○認知症の診断に最も用いられるもののひとつがアメリカ精神医学会のDSM-V<sup>1</sup>です。各種の認知症疾患毎にその定義は異なりますが、共通する診断基準には以下の4項目があります。

①1つ以上の認知領域（複雑性注意、遂行機能、学習及び記憶、言語、知覚－運動、社会的認知）において、以前の行為水準から有意な認知の低下があるという証拠が以下に基づいている。

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

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

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

③その認知欠損は、せん妄の状況でのみ起こるものではない。

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

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

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

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

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

## イ 本県の状況

### （認知症高齢者の推計）

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

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

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

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

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

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

### （若年性認知症の人の推計）

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

### （県内の医療機関における認知症診療の状況）

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

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

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

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

### （認知症サポート医）

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

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

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

図表7-5-3 認知症サポート医の状況（2023年度末）（単位：人）

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

### (認知症初期集中支援チーム)

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

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

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

### (認知症疾患医療センター)

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

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

指定	圏域	医療機関名	所在地	初回指定日
県	賀茂	医療法人辰五会 ふれあい南伊豆ホスピタル	賀茂郡南伊豆町	2016.12.1
	熱海 伊東	公益社団法人地域医療振興協会 伊東市民病院	伊東市	2017.2.1
	駿東 田方	NTT東日本伊豆病院	田方郡函南町	2010.10.1
		独立行政法人国立病院機構 静岡医療センター	駿東郡清水町	2017.4.1
		医療法人社団静岡康心会 ふれあい沼津ホスピタル	沼津市	2017.10.1
	富士	公益財団法人復康会 鷹岡病院	富士市	2013.10.1
		医療法人社団一就会 東静岡神経センター	富士宮市	2017.11.1
	志太 榛原	焼津市立総合病院	焼津市	2017.4.1
		医療法人社団峻凌会 やきつべの径診療所	焼津市	2017.6.1
	中東遠	掛川市・袋井市病院企業団立 中東遠総合医療センター	掛川市	2012.1.1
		磐田市立総合病院	磐田市	2017.2.1
	政令市	静岡	独立行政法人国立病院機構 静岡てんかん・神経医療センター	静岡市葵区
医療法人社団リラ 溝口病院			静岡市葵区	2015.10.1
静岡市立清水病院			静岡市清水区	2016.10.1
西部		社会福祉法人 聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷三方原病院	浜松市中央区	2013.7.22
計 15 か所：県指定 11 か所、政令市指定 4 か所（静岡市 3 か所、浜松市 1 か所）				

（認知症地域支援推進員）

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

図表 7-5-6 認知症地域支援推進員の状況 (2023 年度)

(単位:人)

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

**(認知症サポーター等)**

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

**ウ 医療提供体制**

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

**●認知症を正しく知る社会の実現(知る)****(ア) 認知症に関する理解促進**

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

**(認知症サポーター等)**

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

## ●認知症の発症を遅らせる環境の整備（遅らせる）

### （イ）発症予防

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

## ●地域で支え合いつながる社会の実現（支え合う）

### （ウ）早期発見・早期対応

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

### （初期集中支援チーム）

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

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

## (エ) 専門医療

### (認知症サポート医)

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

### (認知症疾患医療センター)

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

### (その他)

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

## (オ) 地域支援

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

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

## ●誰もが障壁なく暮らす地域づくり（暮らす）

### （オ）地域支援

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

### （認知症地域支援推進員）

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

## （2）対策

### ●認知症を正しく知る社会の実現（知る）

#### （ア）認知症に関する理解促進

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

ン・メイトの普及啓発を行います。

- 市町は、地域における認知症の理解促進のため、認知症に関するイベントの開催、普及啓発媒体の配布を実施します。
- 県及び市町は、認知症サポーターの活動や活躍の場を拓げるため、引き続き、認知症サポーター・チームオレンジ養成研修を実施するとともに、その活動を周知していきます。
- 市町における企業・職域型の認知症サポーターの養成を促進するため、企業や職域への普及啓発を行うとともに、キャラバン・メイトを計画的に養成します。

#### (相談先の充実周知)

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

### ●認知症の発症を遅らせる環境の整備（遅らせる）

#### (イ) 認知症予防に資する可能性のある活動の推進

- 市町等で実施する通いの場等の取組の情報を収集し、生活習慣病の予防や専門職の関与の観点から実施している効果的な事例等の共有化を図ります。
- 「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」を促進し、市町での通いの場等の充実、活用を支援します。
- 高齢期になる以前からの生活習慣病予防の重要性について、特定健診等の機会を通じて県民への周知を図ります。
- 難聴が認知症の発症の可能性を高める要因となりうることから、早期受診の必要性の周知を図ります。
- 市町の介護予防事業に協力可能なリハビリテーション専門職、歯科衛生士、管理栄養士を育成するとともに、関係機関の協力を得て派遣の仕組みづくりを行います。
- 通いの場等へ専門職（歯科衛生士・管理栄養士等）の関与強化を支援し、高齢者の口腔ケアや低栄養の改善を推進します。
- 通いの場等で、リハビリテーション専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の専門職が連携し、地域リハビリテーションサポート医と協力しながら健康相談を行う活動を促進します。
- 各市町における認知症予防に資する可能性のある各種活動の好事例を収集し、情報共有により他市町への社会参加活動の普及・促進を図ります。

#### (予防に関する国の研究成果や事例の普及)

- 国の研究成果や認知症予防に関する取組の情報を収集し、効果的な事例等の共有化を図ります。
- 市町における認知症予防の強化を図るため、市町や地域包括支援センターの職員など、認知症予防事業に従事する者を対象にした研修会や講習会等を開催し、国の研修成果や活動事例の普及を図ります。

## ●地域で支え合いつなげる社会の実現（支え合う）

### （ウ）早期発見・早期対応

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

### （初期集中支援チーム）

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

### （エ）専門医療

#### （認知症サポート医）

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

#### （認知症疾患医療センター）

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

#### （その他）

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

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

#### **(オ) 地域支援**

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

#### **(若年性認知症の人への支援)**

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

#### **(認知症地域支援推進員)**

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

の共有化を図ります。

- 市町が認知症施策の全体像と、各機関や職種がどのような場面でどのような役割を期待されているかを明確にし、認知症地域支援推進員が認知症施策の推進役となれるよう、市町と認知症地域支援推進員の円滑なコミュニケーションに基づく活動を支援します。
- 市町が実施するチームオレンジへの企業の参加を促進し、チームオレンジの取組を通じて企業等の認知症対応力向上を図ります。

### ●誰もが障壁なく暮らす地域づくり（暮らす）

#### （オ）地域支援

##### （バリアフリーのまちづくりの推進）

- 運転免許を持っていない方や、運転することを望まない高齢者等が生活に必要な移動ができる環境の整備を行います。
- 市町における住民ニーズに応じた移動支援の実施を支援します。
- 住民主体の移動支援として、2019年度に実施したモデル事業3市の取組状況等をまとめた普及事例集を活用し、移動サービスの普及を図ります。

##### （企業等における認知症に関する取組推進）

- 市町等が実施するチームオレンジへの企業の参加を促進します。
- チームオレンジ等の取組を通じて地域の店舗の認知症対応力の向上を図ります。
- 認知症になっても小売店や飲食店などを利用しやすい環境を整備するため、移動サービス創出の支援や認知症の人やその家族の意見を民間事業者等に届ける取組を実施します。
- 企業等に対して、サポーター養成研修等を行い、認知症に関する理解促進を図ります。

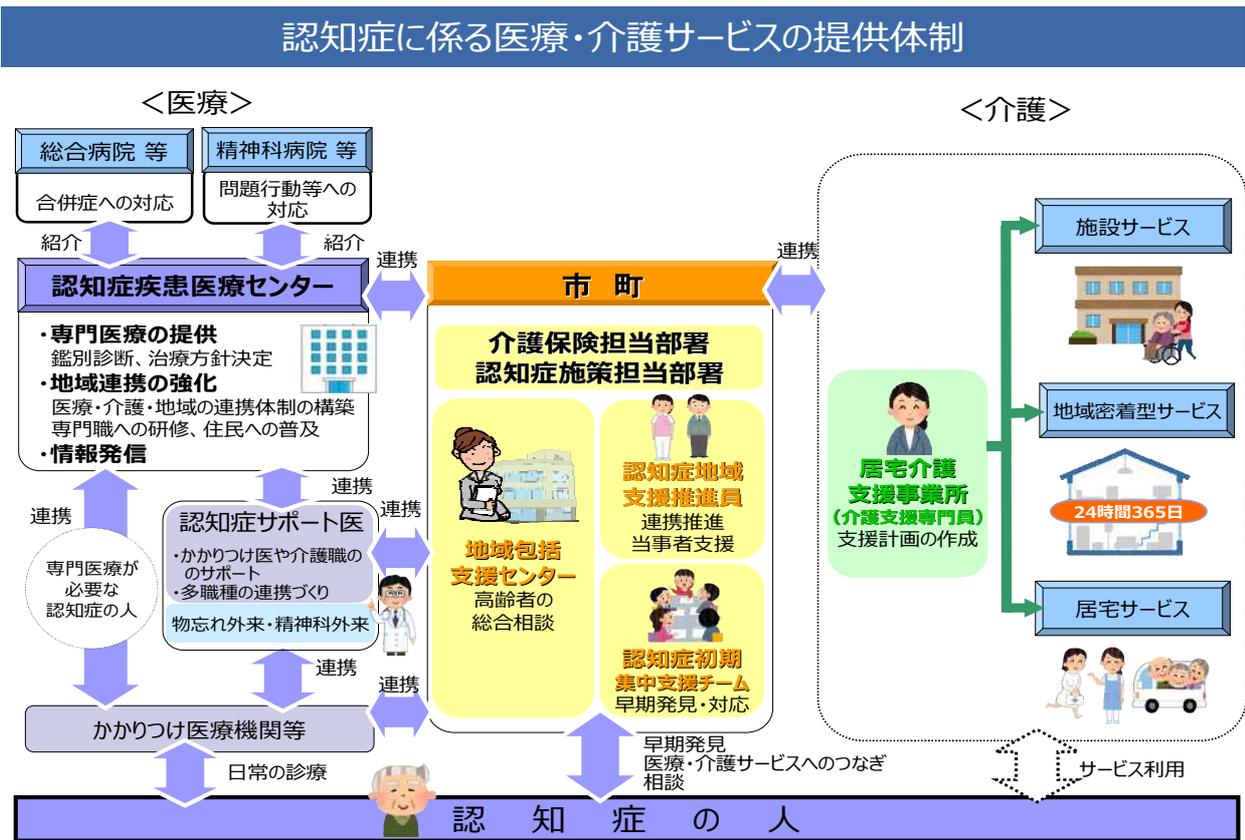
##### （社会参加支援）

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

### （3）認知症の医療体制に求められる医療機能

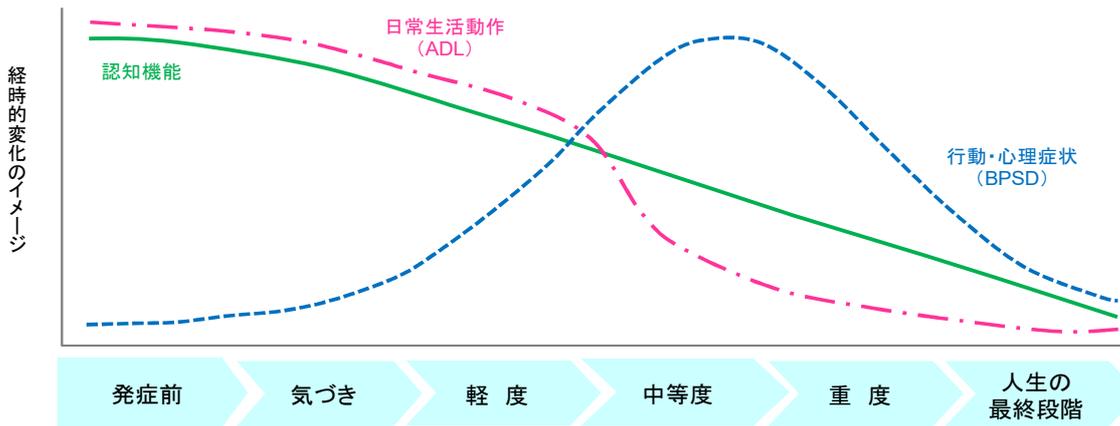
	早期発見・早期対応	専門医療	地域支援
ポイント	<ul style="list-style-type: none"> <li>○かかりつけ医による認知症の発見</li> <li>○関係機関との適切な連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○鑑別診断、急性精神症状(BPSD等)、身体合併症への対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○認知症疾患医療センターと認知症サポート医リーダーが中心となり、地域における支援体制の構築</li> <li>○多職種によるネットワー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

(4) 認知症の医療体制図



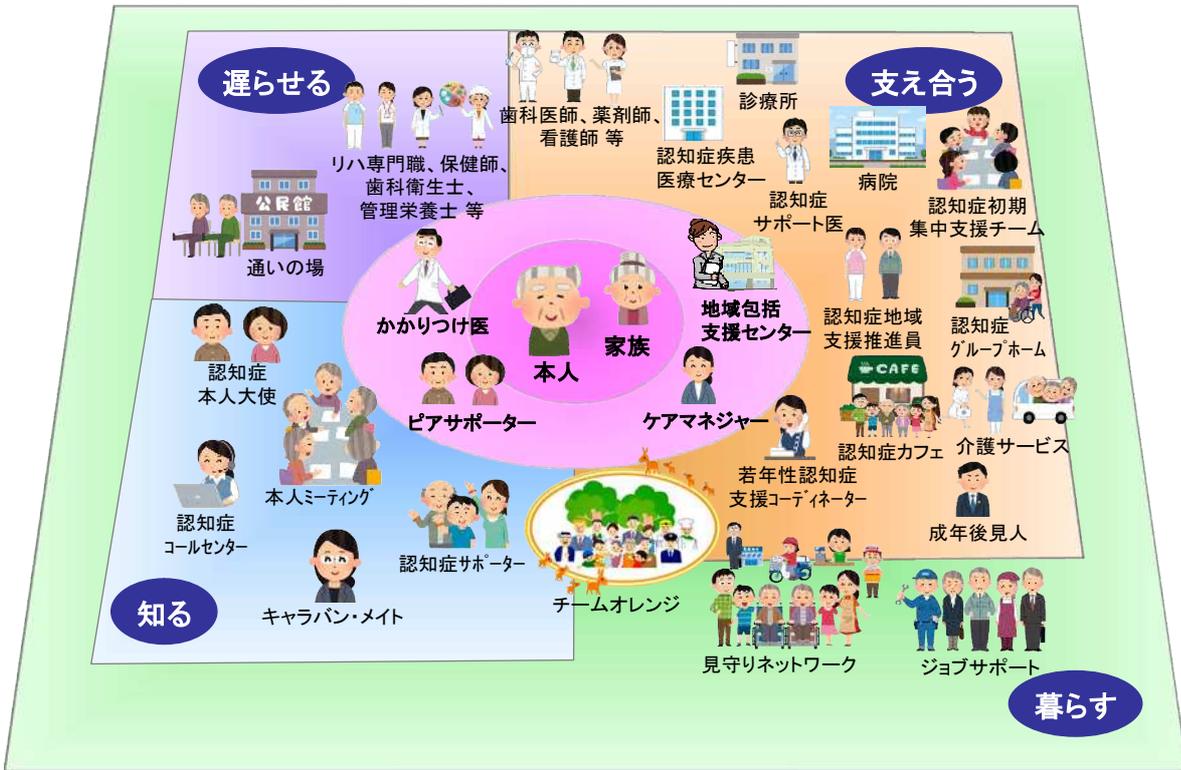
(5) 関連図表

**認知症の状態像の変化 (アルツハイマー型)**

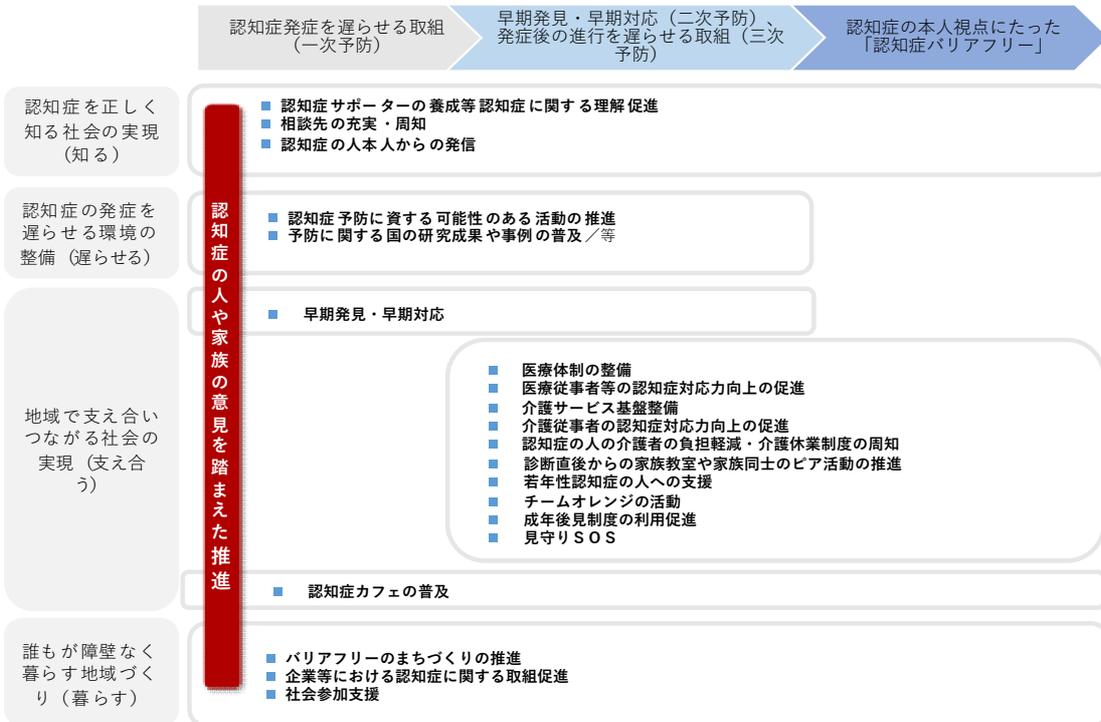


認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I	II	III	IV	—
症状	認知機能障害は見られない	少し気になる様子はあるが、日常生活はほぼ自立	日常生活で見守りなどが必要	日常生活で介助が必要	日常生活で常時介護が必要	ほぼ寝たきりの状態
支援目標	一次予防(生活習慣病の予防、栄養・運動・社会参加の促進、口腔ケア)	早期発見・早期対応 確定診断	本人支援・家族支援 安否確認・見守り 権利擁護 重症化予防	介護保険サービス 地域ネットワーク 重症化予防		在宅医療・介護施設 看取り

# 認知症施策の全体像



## < 認知症施策の取組 >



## 第6節 地域リハビリテーション

### 【対策のポイント】

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

### 【数値目標】

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

### (1) 現状と課題

#### ア 静岡県が目指す地域リハビリテーションの姿

##### (ア) 全体像

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

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

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

### **(イ) 専門職の育成と確保**

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

## (ウ) 住民への普及啓発

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

## イ 各段階における地域リハビリテーションの充実

### (ア) 予防期（健康づくり、介護予防・重度化防止）

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

---

<sup>1</sup>大腿骨の足のつけね側にあたる部位の骨折

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

#### (イ) 急性期

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

#### (ウ) 回復期

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

---

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

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

## **(エ) 生活期（日常生活への復帰）**

### **(退院後のリハビリテーションの継続)**

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

### **(生活・身体機能維持)**

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

### **(予防期への移行)**

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

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

## **(2) 今後の対策**

---

### **ア 施策の方向性**

#### **(ア) 静岡県が目指す地域リハビリテーションの姿**

##### **(全体像)**

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

##### **(専門職の育成と確保)**

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

### **(住民への普及啓発)**

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

### **(イ) 各段階における地域リハビリテーションの充実**

#### **(予防期（健康づくり、介護予防・重度化防止）)**

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

#### **(急性期)**

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

○入院中の口腔ケアや口腔機能の向上に向けた体制を整備するため、歯科のない地域医療支援病院と地域の歯科医師による連携体制の構築を進めます。

#### **(回復期)**

○それぞれの医療機関や介護老人保健施設、介護医療院において質の高い回復期リハビリテーションが行われるよう、好事例などの情報提供を進めます。

○入院時、急性期、回復期を通じて、リハビリテーション専門職を含め関係者が必要な情報を共有できるように、地域包括ケア情報システム「シズケア＊かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム）」等のICT等も活用した仕組みづくりを進めます。

○各地域で地域リハビリテーションサポート医・推進員をはじめ、病院関係者と在宅医療・介護・福祉関係者が連携した在宅復帰支援体制の整備を図ります。

○口腔機能の回復に必要な口腔機能管理や摂食嚥下リハビリテーションを実施できる歯科医師を養成します。

#### **(生活期（日常生活への復帰）)**

##### **【退院後のリハビリテーションの継続】**

○退院直後からリハビリテーションが利用できるよう、訪問リハビリテーションに対応できる人材の養成を推進します。

○状態に応じた、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、訪問看護ステーションのリハビリテーションの使い分けを周知し連携を支援します。

○退院後の高齢者が早期に日常生活への復帰を果たすため、介護予防・日常生活支援総合事業の短期集中サービス（C型）を提供する体制整備を支援します。

○各地域で地域リハビリテーションサポート医・推進員をはじめ、病院関係者と在宅医療・介護・福祉関係者が連携した在宅復帰支援体制の整備を図ります。

##### **【生活・身体機能維持】**

○本人に対して、自身のできることを大切に、できることを増やしていき、自立していく意識の啓発を促進します。

○ケアマネジャーに対して、リハビリテーション専門職と他の職種との連携の重要性について理解を促進します。

○かかりつけ医が必要に応じて患者を専門機関でのリハビリテーションにつなぐことができるよう、かかりつけ医の理解促進を図ります。

○訪問介護員とリハビリテーション専門職が連携して利用者を訪問できる体制の強化を図ります。

○高齢者の口腔ケアや口腔機能の維持・向上のため、かかりつけ歯科医を持つことの重要性について周知するとともに、在宅歯科診療や自宅等での口腔管理の普及啓発を推進します。

##### **【予防期への移行】**

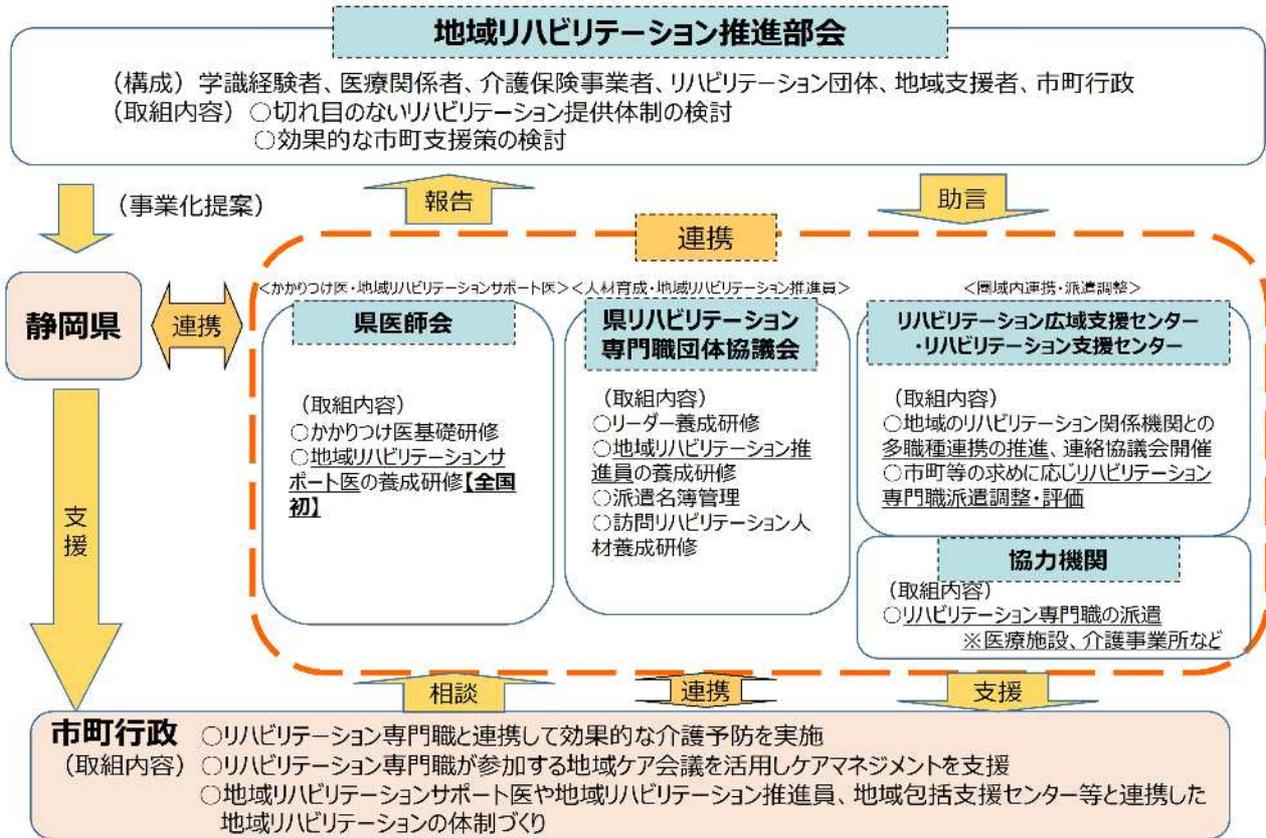
○介護サービスでの支援から介護予防・日常生活支援総合事業やインフォーマルサービスでの支援に移行できる人を増やすために、自立支援型の地域ケア会議（個別会議）の活用を促進します。

○地域ケア会議（推進会議）への生活支援コーディネーターの出席を促進するなど、地域課題の把握と資源開発を連携して実施する取組を促進します。

○市町における自立支援型の地域ケア会議（個別会議）の効果的な開催を支援するため、リハビリテーション専門職等のアドバイザーを派遣します。

- 全ての市町において、自立支援型の地域ケア会議（個別会議）にリハビリテーション専門職をはじめ、医師や歯科医師、管理栄養士、歯科衛生士など、多職種が参加できる環境の整備を推進します。
- 介護サービス以外に、介護予防・日常生活支援総合事業などにより生活期における介護予防に活用すべきことを周知します。
- リハビリテーション中の方に職業訓練に関する情報が伝わるよう、リハビリテーション専門職へ制度の周知に取り組みます。

## ＜地域リハビリテーションの推進体制＞



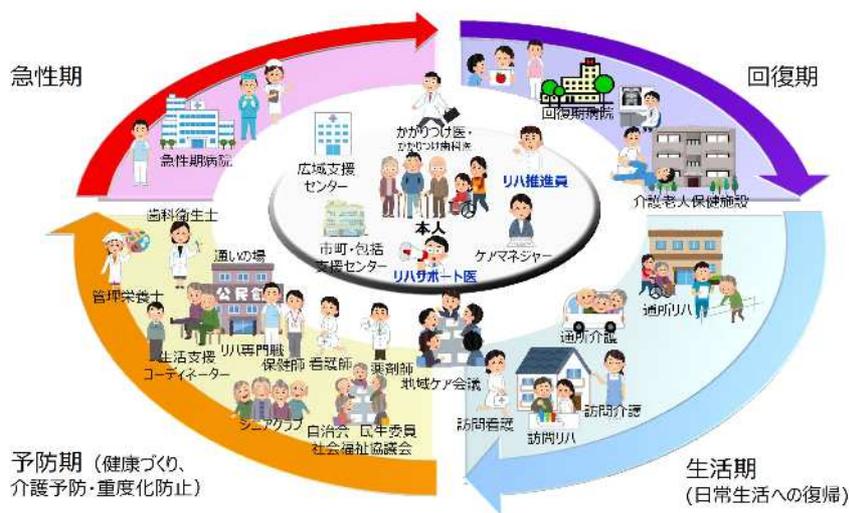
地域リハビリテーション広域支援センター等一覧 (2023年9月現在)

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

### (3) 地域リハビリテーションの体制図

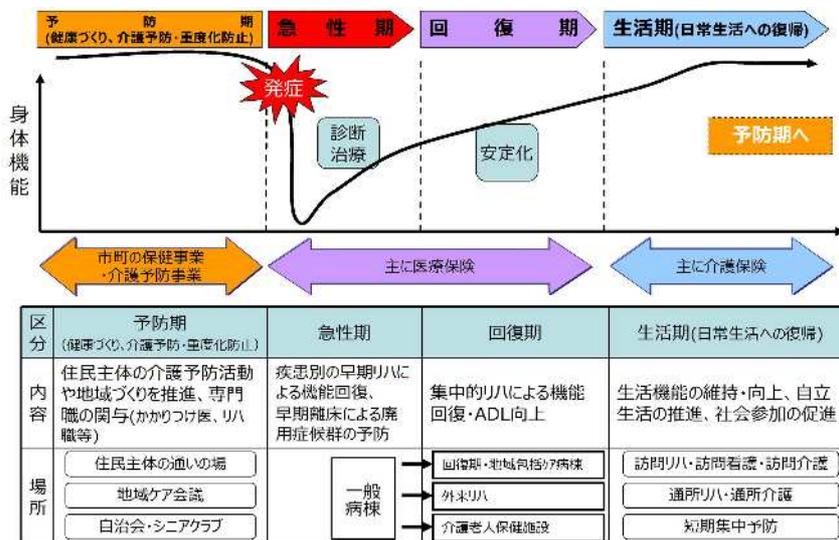
#### ア 静岡県が目指す地域リハビリテーションの姿

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



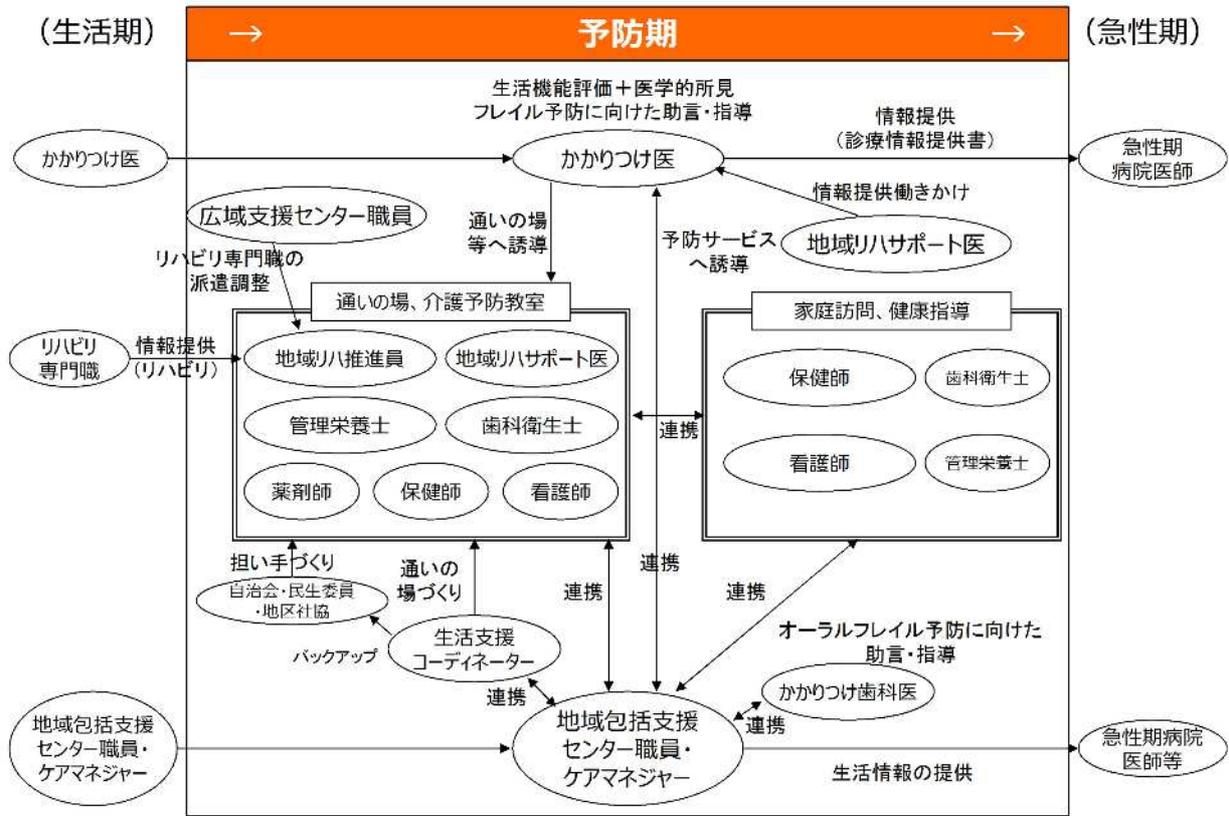
#### イ 地域リハビリテーション全体の流れ

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



(4) 関連図表

<図1：地域リハビリテーションの各段階における関係職種の連携（予防期）>

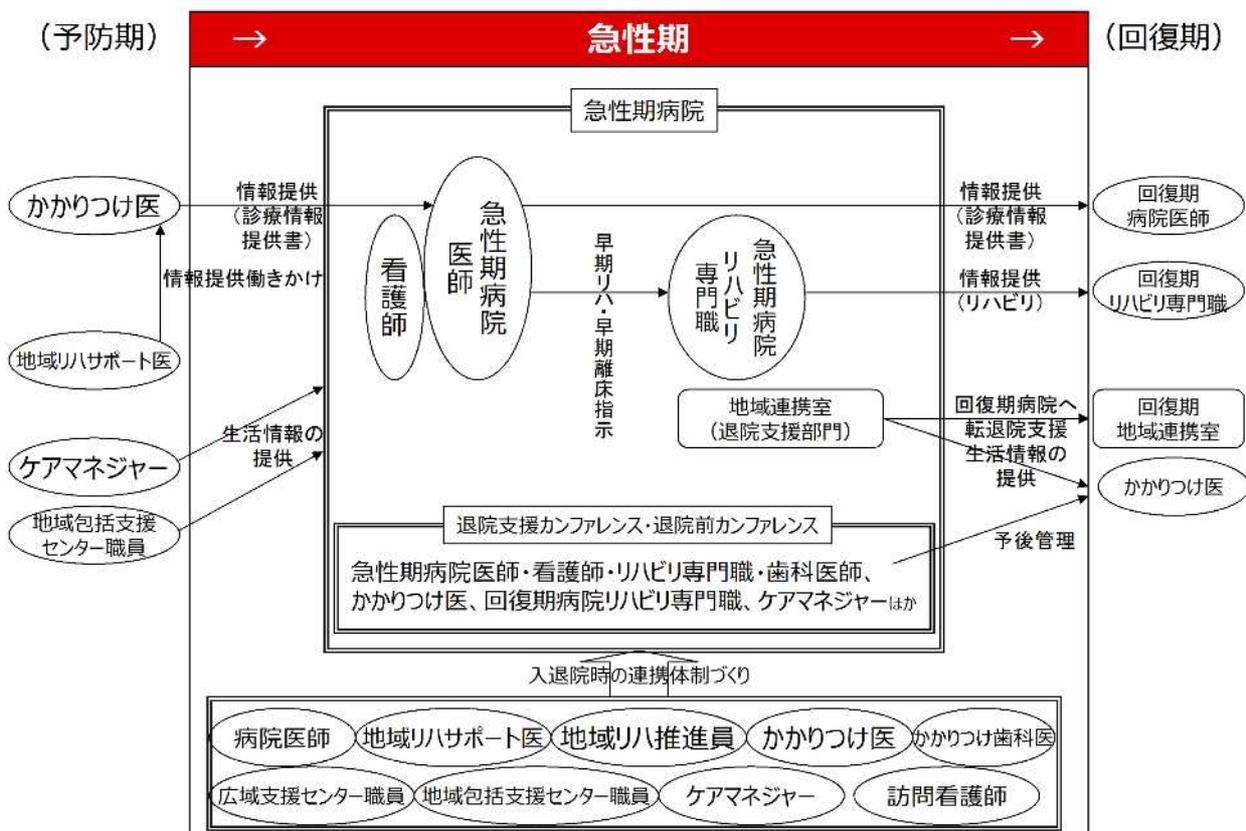


<表1：関係職種に期待される役割（予防期）>

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

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

<図2：地域リハビリテーションの各段階における関係職種の連携（急性期）>

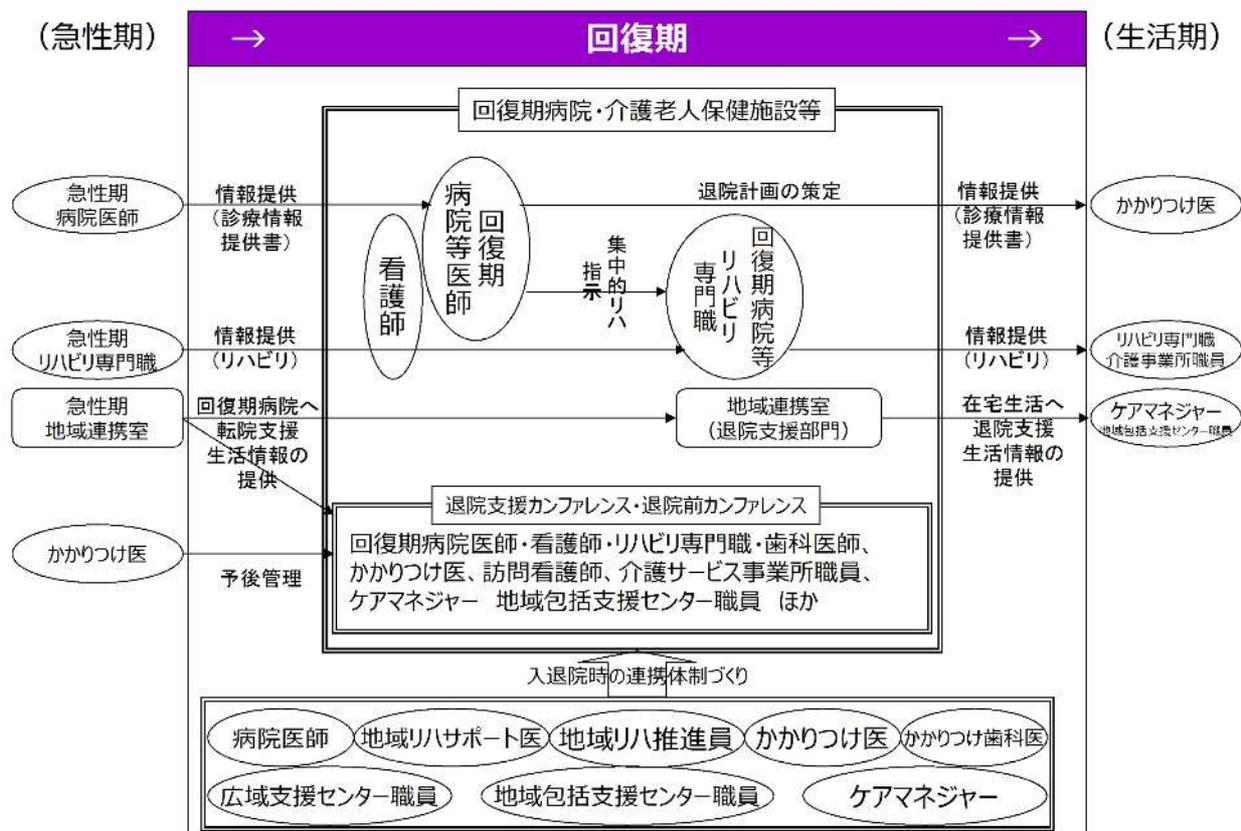


<表2：関係職種に期待される役割（急性期）>

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

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

<図3：地域リハビリテーションの各段階における関係職種の連携（回復期）>



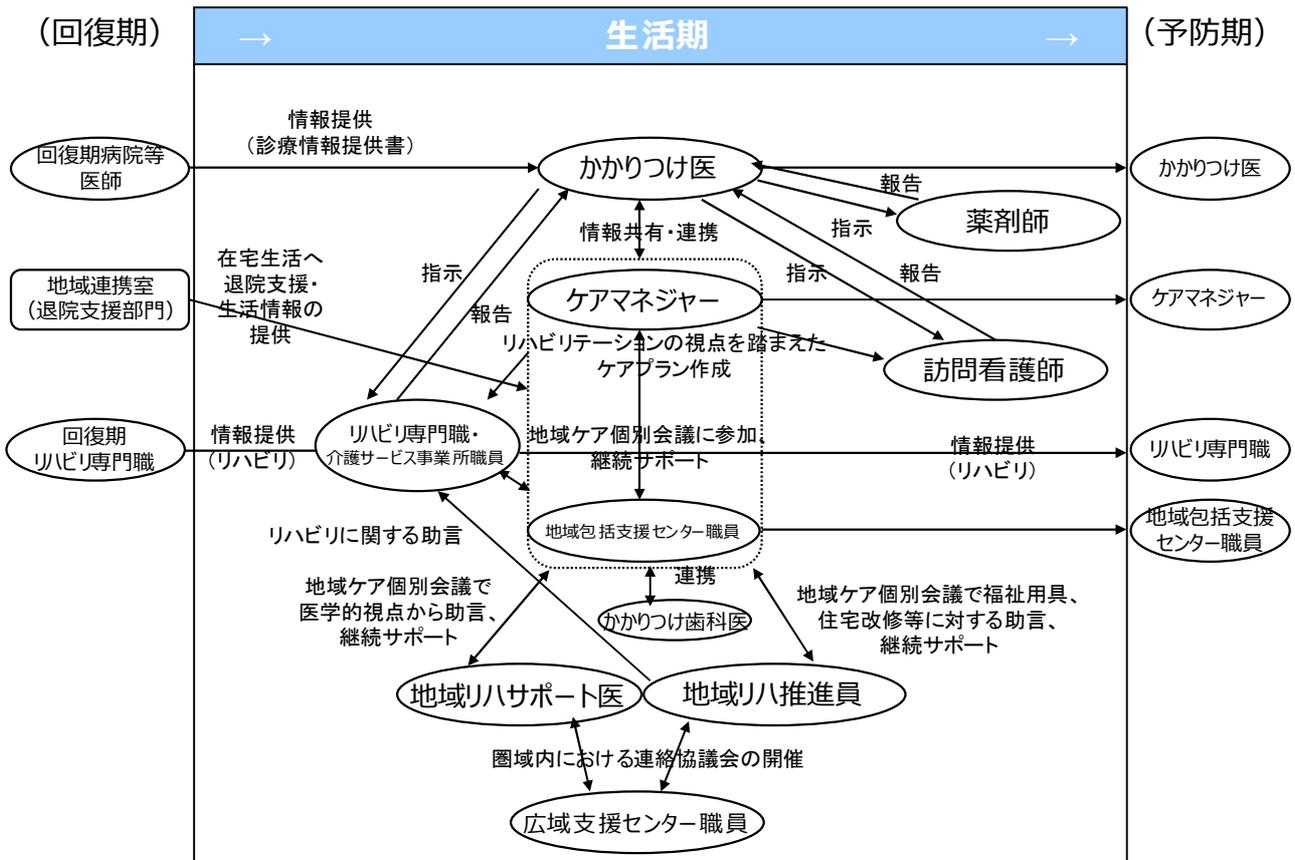
※急性期から退院して回復期を経ずに生活期（日常生活への復帰）へ移行される方もいる。

<表3：関係職種に期待される役割（回復期）>

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

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

<図4：地域リハビリテーションの各段階における関係職種の連携（生活期）>



<表4：関係職種に期待される役割（生活期）>

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

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

## 第7節 アレルギー疾患対策

### 【対策のポイント】

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

### 【数値目標】

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

### (1) 現状

#### ア アレルギー疾患の現状

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

## イ 本県の現状

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

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

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

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

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

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

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

います。

○アレルギー専門医教育研修施設は、県内に 18 施設あります。

## **(2) 課題**

---

### **ア 正しい知識の普及啓発**

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

### **イ 知識、技能の向上及び人材育成の推進**

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

### **ウ 医療提供体制の整備**

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

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

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

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

### **エ 実態把握及び分析調査、研究の実施**

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

## **(3) 対策**

---

### **ア 正しい知識の普及啓発**

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

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

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

## イ 知識、技能の向上及び人材育成の推進

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

## ウ 医療提供体制の整備

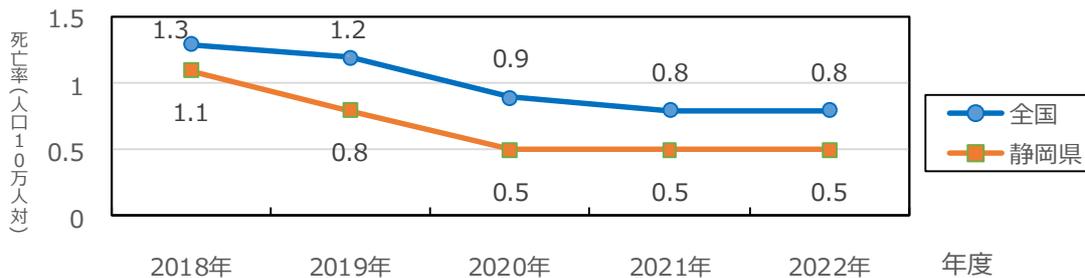
- 2017年3月に示された「アレルギー疾患対策基本指針」により、各都道府県にアレルギー疾患医療の中心となる、都道府県アレルギー疾患医療拠点病院の指定が求められました。本県でも、2018年10月、アレルギー疾患医療拠点病院を7施設指定しました。
- 静岡県アレルギー疾患医療連絡協議会等を通じて、地域の実情を把握し、静岡県アレルギー疾患医療拠点病院等を中心とした診療連携体制の構築や情報提供等の取組を進めます。
- 専門的な治療を提供できる医療機関の情報を提供するほか、保健医療圏ごとに関係機関の協力の下、医療連携体制の整備、充実を図ります。
- 保健医療圏内の医療機関では対応が困難で、より専門性の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

## エ 実態把握及び分析調査、研究の実施

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

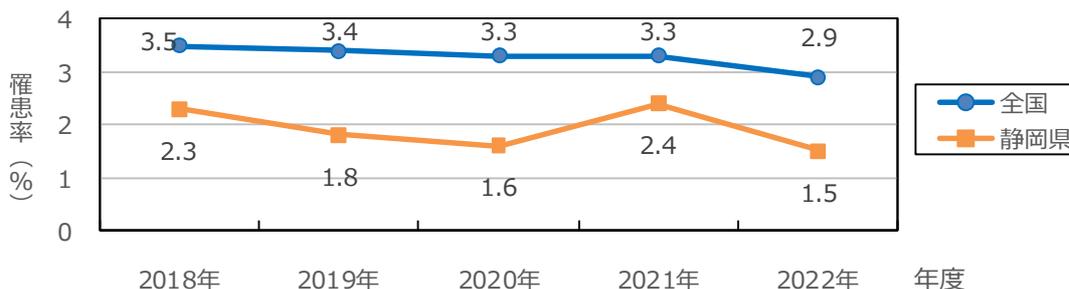
### (4) 関連図表

図表7-7-1 気管支ぜん息粗死亡率の推移



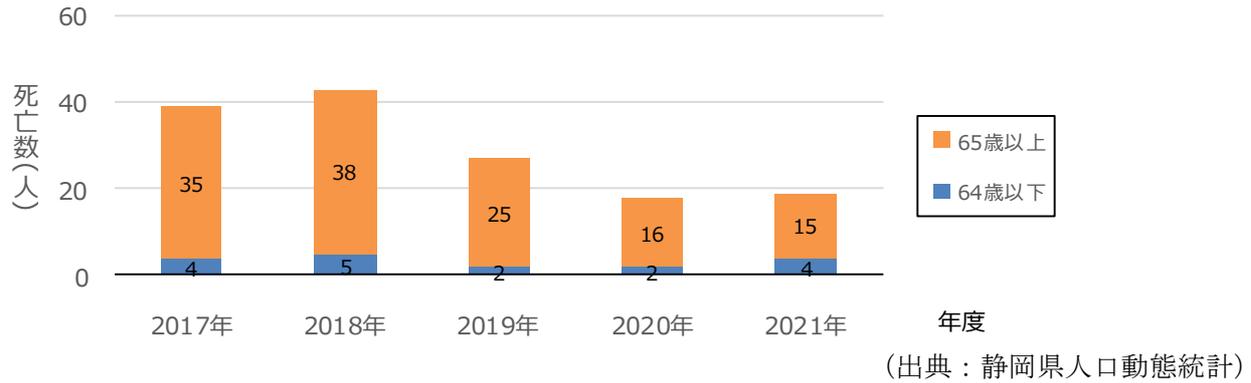
(出典：厚生労働省「人口動態統計」)

図表7-7-2 小学生の気管支ぜん息罹患率

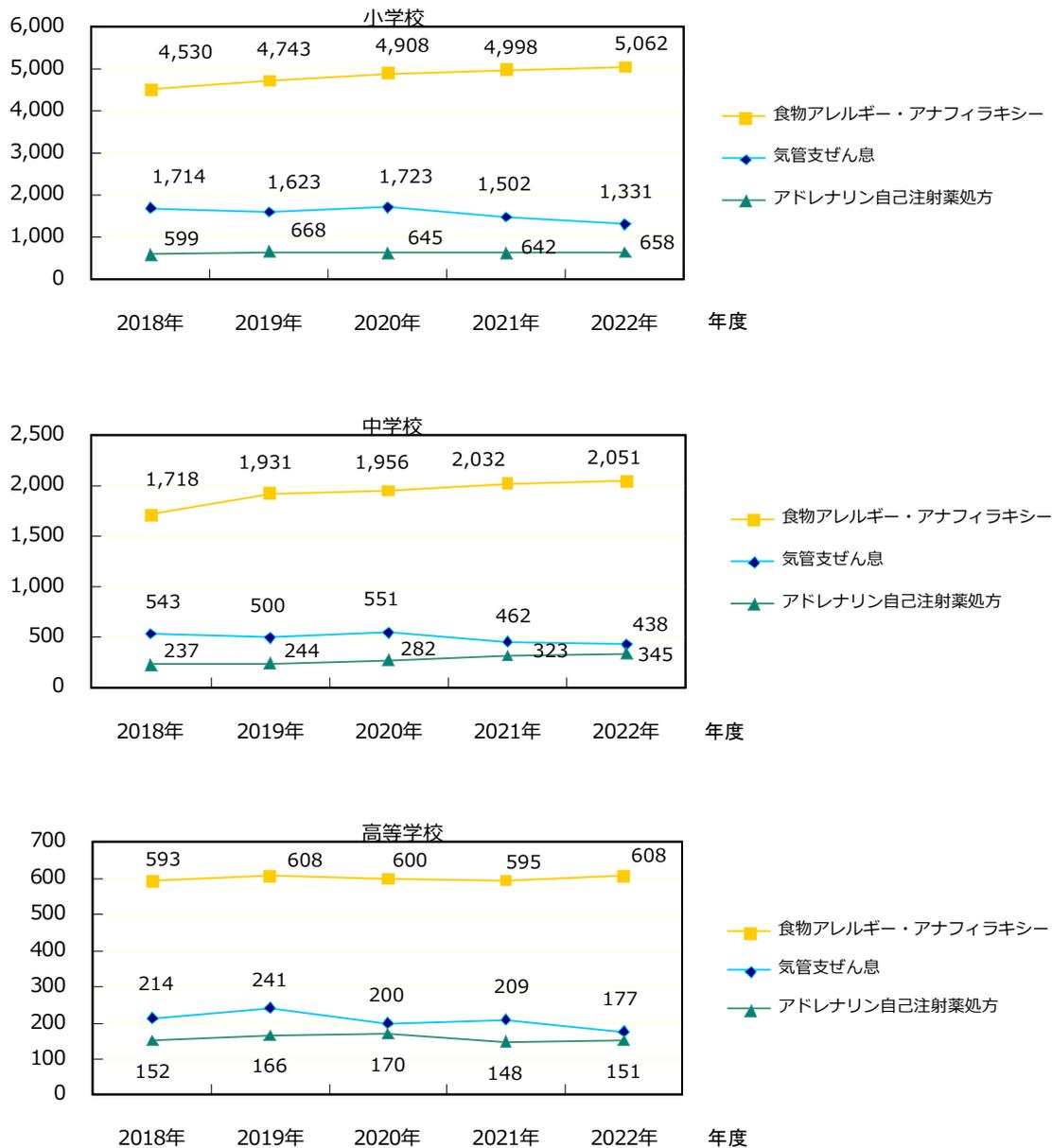


(出典：文部科学省「学校保健統計調査」)

図表 7-7-3 静岡県の気管支ぜん息による死亡数



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



(出典：県教育委員会「学校生活管理指導表活用状況報告」)

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

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

(出典：日本アレルギー学会)

## 第8節 移植医療対策（旧：臓器移植対策）

### 【対策のポイント】

- 臓器提供の体制整備
- 移植医療に関する理解促進、普及啓発
- 骨髄ドナー登録の推進

### 【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
臓器移植推進協力病院数	29 施設 (2023 年度)	29 施設 (2029 年度)	現在の病院数を維持	県疾病対策課調査
院内移植コーディネーター数	82 人 (2023 年度)	82 人 (2029 年度)	2023 年度並の数を見込む	県疾病対策課調査
新規骨髄提供希望者（骨髄ドナー登録者）数	574 人 (2022 年度)	580 人 (毎年度)	2017～2022 年度の平均新規希望者数と同程度の登録	公益財団法人 日本骨髄バンク 調査

### （１）現状

- 臓器移植とは、重い病気や事故などにより臓器の機能が低下した人に、他者の健康な臓器と取り替えて機能を回復させる医療です。他者の善意による臓器の提供がなければ成り立ちません。
- 移植医療について県民の理解を深めるため、1997 年 10 月に施行された臓器の移植に関する法律（臓器移植法）に基づき、静岡県腎臓バンクや静岡県アイバンク等と連携して普及啓発を推進しています。
- 2010 年に臓器移植法が改正され、本人の意思が不明な場合でも、家族の書面による承諾があれば、脳死下の臓器提供が可能となり、脳死下での臓器提供数は増え続けていますが、移植希望者数には達していません。
- 2006 年度から臓器移植推進協力病院<sup>1</sup>を指定しており（2023 年度、29 施設）、院内外における普及啓発活動のほか、2009 年度からは移植に係る意思確認、移植に関する相談窓口の設置、静岡県臓器提供・移植対策協議会の開催などを行っています。
- 2023 年度に、臓器移植コーディネーター<sup>2</sup>を 2 人、院内移植コーディネーターを 82 人（36 施設）委嘱しています。臓器提供事例発生時には、日本臓器移植ネットワーク及び臓器提供施設と連携を図り、臓器提供のコーディネート業務を実施する体制を整えるほか、県民や医療機関等に対する普及啓発を行っています。

<sup>1</sup> 臓器移植推進協力病院：移植医療の推進のため協力する病院である。院内移植推進委員会・院内移植コーディネーターの設置、マニュアル整備を要件とし、病院から申請を受け、県が審査の上適当と認められた場合指定している。

<sup>2</sup> 臓器移植コーディネーター：臓器提供の候補者が出た場合に、その病院に駆けつけて家族への説明や承諾の意思確認等を行うとともに移植チームとの調整を図る。県腎臓バンクに配置している。

- 県内には必要な体制を整え、施設名を公表することについて了承した脳死下臓器提供施設が14施設あります。そのうち、18歳未満の児童の臓器提供が可能な施設は6施設です。
- 2023年度の、県内の腎臓移植施設は3施設ありますが、心臓、肺、肝臓、膵臓及び小腸の移植施設はない状況です。
- 骨髄移植や、さい帯血移植などの造血幹細胞移植については、白血病や再生不良性貧血などの治療法として一定の成果を挙げてきており、公益財団法人日本骨髄バンク及びさい帯血バンク等によるあっせん体制が整備されています。
- 県内には、公益財団法人日本骨髄バンクが認定する移植・採取施設が7施設あります。
- 県内の骨髄ドナー登録者は2022年度末現在で9,160人、2022年度新規ドナー登録数は574人、年齢超過等による取消数が610人です。骨髄ドナー登録者の人口千人対登録者数は6.07人と全国の9.99人より低く、特に若年層(20代)の割合は10.6%と、全国の16.1%より低くなっています。

## **(2) 課題**

---

- 今後も脳死下の移植件数の増加が見込まれることから、各病院において臓器提供事例発生時に適切に対応ができる体制が必要です。
- 県臓器移植コーディネーターが、きめ細かくコーディネートを行い、最終的に移植につなげる体制が必要です。
- 臓器移植件数を更に増やすためには、移植医療についての幅広い啓発が必要です。
- 骨髄提供登録者数を増やすため、特に若年者をターゲットとした啓発が必要です。

## **(3) 対策**

---

- 臓器移植推進協力病院を中心とした移植医療における医療連携体制の充実を図ります。
- 院内移植コーディネーターが設置された病院内における普及啓発の促進や臓器提供情報を早期収集できる体制の整備をより一層推進します。
- 県臓器移植コーディネーターの活動の強化を図り、広域的な臓器移植案件に対応できる体制の整備を推進します。
- 10月の移植推進月間等の機会を捉えて、県民への臓器移植や臓器提供意思表示に対する理解等の普及啓発をします。
- 骨髄ドナー登録数増加のため、特に若年層の関心を高めるための普及啓発に努めます。

(4) 関連図表

○臓器移植推進協力病院名簿 (2023 年度)

病院名	2次保健医療圏	所在地
伊豆今井浜病院	賀茂	賀茂郡河津町
伊東市民病院	熱海伊東	伊東市
国際医療福祉大学熱海病院	熱海伊東	熱海市
静岡医療センター	駿東田方	駿東郡清水町
三島総合病院		三島市
沼津市立病院		沼津市
西島病院		沼津市
順天堂大学医学部附属静岡病院		伊豆の国市
富士宮市立病院	富士	富士宮市
富士市立中央病院		富士市
静岡県立こども病院	静岡	静岡市
静岡県立総合病院		静岡市
静岡市立静岡病院		静岡市
静岡赤十字病院		静岡市
静岡済生会総合病院		静岡市
J A 静岡厚生連 静岡厚生病院		静岡市
静岡徳洲会病院		静岡市
焼津市立総合病院		志太榛原
藤枝市立総合病院	藤枝市	
榛原総合病院	牧之原市	
磐田市立総合病院	中東遠	磐田市
中東遠総合医療センター		掛川市
浜松医科大学医学部附属病院	西部	浜松市
浜松労災病院		浜松市
浜松医療センター		浜松市
浜松赤十字病院		浜松市
J A 静岡厚生連 遠州病院		浜松市
総合病院聖隷浜松病院		浜松市
総合病院聖隷三方原病院		浜松市

(出典：静岡県疾病対策課)

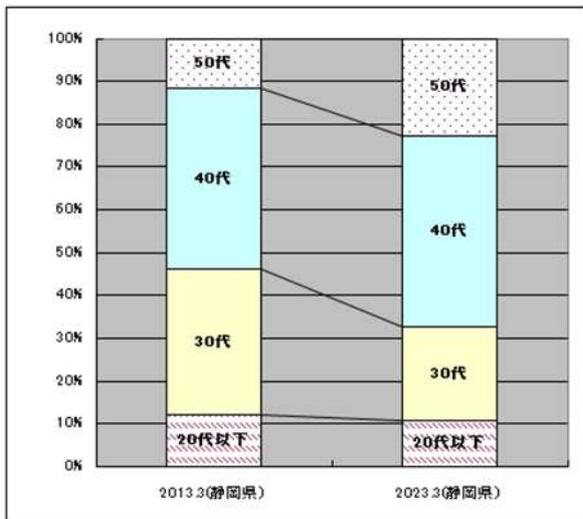
○院内移植コーディネーター数

	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
臓器移植推進協力病院数	29施設	29施設	29施設	29施設	29施設	29施設
院内移植コーディネーター数	37施設67人	37施設71人	37施設76人	36施設71人	35施設70人	36施設82人

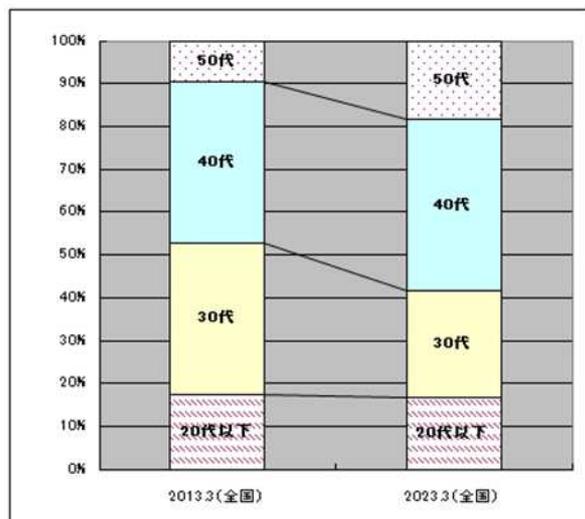
(出典：静岡県疾病対策課)

○骨髄ドナー登録者 年代別割合 (2012年度末・2022年度末比較)

<静岡県>



<全国>



(出典：公益財団法人日本骨髄バンク)

○骨髄ドナー登録者数

区 分	静岡県		全 国
	合計	増減	
2012年度末	8,946	26	429,677
2013年度末	9,007	61	444,143
2014年度末	8,894	△113	450,597
2015年度末	8,890	△4	458,352
2016年度末	8,948	58	470,270
2017年度末	8,998	50	483,879
2018年度末	9,269	271	509,263
2019年度末	9,324	55	529,965
2020年度末	9,142	△182	530,953
2021年度末	9,196	54	537,820
2022年度末	9,160	△36	544,305

(出典：公益財団法人日本骨髄バンク)

## 第9節 慢性閉塞性肺疾患（COPD）対策

### 【対策のポイント】

- COPDの原因や症状についての正しい知識の普及啓発
- 長期喫煙者等のハイリスク者及び治療中断者に対する受診勧奨の支援

### 【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
COPDによる死亡率 (人口10万対)	13.7 (2022年)	10.0 (2035年)	「健康日本21(第三次)」 の目標値に準じる	厚生労働省「人口動態統計」
20歳以上の者の喫煙率	男性 25.9% 女性 7.6% (2022年度)	男性 20% 女性 5% (2035年度)	喫煙者のたばこをやめ たいと思う者(26.1%) がやめた場合の喫煙率	厚生労働省「国民生活基礎調査」

### (1) 現状

- 慢性閉塞性肺疾患（COPD）は、肺の炎症性疾患で、咳・痰・息切れを主な症状として、緩やかに呼吸障害が進行する疾患であり、かつて肺気腫、慢性気管支炎と称されていた疾患が含まれています。
- COPDの原因としては、50～80%程度にたばこ煙が関与し、喫煙者では、20～50%がCOPDを発症するとされます。
- 全国の推定罹患者は500万人を超えますが、実際に治療されている患者は数十万人で、COPDの認知度は低いです。また、病気であることを自覚しにくいいため、未診断・未治療であることが多く、喫煙を続けて重症化するケースが多いです。
- 2022年の人口動態統計によると、COPDによる死亡者数は男女合わせて全国では16,676人、本県では477人です。また、死亡率（人口10万対）は、全国では13.7、本県でも13.7と同じ値となっています。
- 2022年の国民生活基礎調査では、本県の喫煙率は、男性は25.9%、女性は7.6%であり、男女とも全国平均（男性25.4%、女性7.7%）に近い値となっています。
- 喫煙歴や呼吸機能検査により診断されます。
- 疾病の重症度に応じて、禁煙治療、薬物療法、呼吸器リハビリテーション等の治療が行われます。

### (2) 課題

#### ア 正しい知識の普及啓発

- COPDに関する正しい知識の普及を図り、認知度を向上させ、COPDという病気の発見を促すことの動機付けを起こしていくことが必要です。
- COPDの発症には、出生前後・小児期の栄養障害やたばこ煙への暴露、ぜん息などによる肺の成長障害も関与することが明らかになっています。

## イ たばこ対策

○禁煙は、COPDの疾患進行を遅らせることが知られており、禁煙を達成するための指導が重要です。

## ウ 早期発見

○COPDに関するスクリーニングを行い、早期の受診や治療の継続につなげる必要があります。

○他の疾患の治療中の患者の中に、潜在的なCOPD患者がいる場合があります。

## エ 重症化予防

○COPDは、心血管疾患、消化器疾患、糖尿病、骨粗しょう症、うつ病などの併存疾患や、肺がん、気腫合併肺線維症等の他の呼吸器疾患との合併も多いほか、慢性的な炎症疾患であり栄養障害によるサルコペニア<sup>1</sup>からフレイル<sup>2</sup>を引き起こすことがあります。

○COPDが進行すると呼吸困難の症状により、運動能力や生活の質（QOL）を低下させます。

○吸入治療は手技などの面から、患者のアドヒアランス<sup>3</sup>が低い傾向があります。

## (3) 対策

---

### ア 正しい知識の普及啓発

○市町や関係団体等が実施する特定健康診査やがん検診などの健康増進イベントの場を活用し、COPDが禁煙等により予防することができる生活習慣病であることなど、病気に関する知識の普及啓発を行い、COPDの認知度を高め、早期発見、早期治療を推進します。

○妊娠中の喫煙等、ライフコースアプローチ<sup>4</sup>の観点を考慮した対策を推進します。

### イ たばこ対策

○禁煙を希望する人を支援するために、禁煙治療ができる医療機関や禁煙指導ができる薬局の情報提供を進めます。

○5月31日の世界禁煙デーや5月31日から6月6日までの禁煙週間に合わせて、たばこの害や禁煙の方法について周知を行うためのキャンペーンを展開します。

○県内の小学5年生又は6年生、中学生及び高校生を対象とした薬学講座を開催し、学校薬剤師等により、たばこの害等について、知識の普及を図ります。

○小学5年生に対し、たばこの害について啓発する「防煙下敷き」を配布し、喫煙防止教育を推進します。

### ウ 早期発見

○COPDに関するスクリーニング質問票で特定したハイリスク者及び治療中断者に対する受診勧奨を支援します。

○かかりつけ医が疑いのある者を早期に発見し、呼吸器専門医が確定診断する医療連携が重要です。

---

<sup>1</sup> サルコペニア：高齢になるに伴い、筋肉の量が減少していく状態を指す。

<sup>2</sup> フレイル：「加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態」を表し、要介護状態に至る前段階として位置づけられるが、身体的脆弱性のみならず精神心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。

<sup>3</sup> アドヒアランス：患者が治療方針の決定に賛同し、積極的に治療を受けることである。

<sup>4</sup> ライフコースアプローチ：胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉えた健康づくりである。

## エ 重症化予防

- 感染症対策や有害物質（たばこ煙）吸入回避などによる予防とともに早期治療を図り、重症化を予防します。
- 併存疾患や合併症に対しては、必要に応じてそれぞれの専門医及び多職種によるチーム医療を推進し、診療体制の強化を図ります。
- かかりつけ医と専門医の病診連携を推進し、COPD患者に最適な医療を継続的に提供します。
- 患者が適切に吸入器を使用し、薬物治療を継続できるよう、COPDの治療に関わる医療機関や薬局等の医療従事者の連携を推進します。

## 第10節 慢性腎臓病（CKD）対策

### 【対策のポイント】

- 関係団体等と連携し、CKDの危険因子となる高血圧症や糖尿病等の治療継続を推進
- CKDの原疾患となる疾患の治療継続のため、腎臓専門医療機関等との連携を推進
- 特定健康診査等に従事する者のスキルアップ

### 【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
年間の新規透析導入患者のうち、糖尿病性腎症の患者数	442人 (2022年)	391人以下 (2029年)	「健康日本21(第三次)」の算定方法に準じて算出	一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」
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 31.5% 女性 27.3% (2022年)	男性 25.2%以下 女性 21.8%以下 (2029年)	2割減少	県民健康基礎調査

### (1) 現状

- 慢性腎臓病（CKD）とは、糸球体ろ過値<sup>1</sup>（GFR）が60mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満又は、尿異常、画像診断、血液、病理で腎障害の存在が明らかな状態が3か月以上持続する疾患です。
- CKDの発症や危険因子には、加齢、CKDの家族歴、尿蛋白異常、腎機能異常、糖尿病、高血圧、脂質異常や肥満等が挙げられます。
- CKDの原因疾患は様々ですが、主な疾患として糖尿病性腎症、慢性糸球体腎炎、腎硬化症などがあります。
- 糖尿病性腎症は、高血糖状態が続くことにより、腎臓内の血管が傷害され、腎臓の機能が低下する疾患です。
- 慢性糸球体腎炎は、腎臓の糸球体が何らかの影響で炎症を起こし、血液をうまくろ過できなくなる疾患です。
- 腎硬化症は、高血圧によって腎臓の細い血管や糸球体が硬くなり、血液をうまくろ過できなくなる疾患です。
- 2020年のCKD患者数<sup>2</sup>は、全国で約629,000人、本県で約16,000人です。
- 2022年にCKDが原因で死亡した人数は、全国で22,841人、本県で771人です。
- 2022年で、本県の透析患者数は11,460人であり、糖尿病性腎症と腎硬化症が原因で人工透析が必要となる患者は近年増加しています。特に、新規人工透析導入患者1,188人のうち442人が糖尿病性腎症の患者であり、37.2%を占めています。
- 高血圧はCKDの危険因子であり、2016年の本県において高血圧と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は、男性が26.5%、女性が19.5%です。

<sup>1</sup> 糸球体ろ過値（GFR）は腎臓の機能を表す検査値である。腎臓では、毛細血管が球状に絡まった糸球体で血液をろ過して尿を生成している。

<sup>2</sup> 出典：厚生労働省「患者調査」における慢性腎臓病の総患者数

○2023年で、本県の腎臓専門医<sup>3</sup>が在籍する医療機関数は、人口10万対2.1施設であり、全国平均の2.3施設と比べ、やや少ないです。また、2023年で、本県の腎臓専門医は、人口10万対3.9人であり、全国平均の5.0人と比べ、少ないです。

## (2) 課題

---

### ア 重症化予防

- CKDの危険因子を有する人に対しては、早期から生活習慣の改善などの指導や治療が必要です。
- 糖尿病はCKDの危険因子となるため、糖尿病と診断された時点からの適切な血糖コントロールを行う必要があります。
- 末期腎不全へ至ることを防ぐためには、CKDを早期発見し、治療を継続することが必要です。
- CKDは、腎機能が悪化すると透析が必要な腎不全まで進行するだけでなく、脳卒中や心血管疾患等の循環器病の重大な危険因子となります。

### イ 関係者の連携・人材育成

- 早期受診者や適切な治療継続等の重症化予防策を適切に進めるために、市町や保険者、医療機関等が連携する必要があります。
- 特定健康診査や特定保健指導の際に、CKDの危険因子を有する人に対して適切な指導や必要に応じて医療機関へつなぐことができる人材が必要です。

## (3) 対策

---

### ア 重症化予防

- CKDについて、積極的に予防啓発に取り組みます。住民の理解を深めることで、生活習慣改善に向けた動機付け支援を行います。
- 県医師会等の関係団体と連携し、かかりつけ医への定期受診や訪問診療によって、高血圧症の降圧療法、糖尿病の血糖コントロール、脂質異常症の治療等を継続する取組を進めます。
- 原疾患となる疾患の治療を継続するため、地域で診療を担う医療機関と腎臓専門医療機関等との連携が適切に行われるような取組を進めます。
- CKDの重症化を予防するため、地域の医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士、腎臓病療養指導士<sup>4</sup>等の専門職種が連携して、患者へ食生活や運動習慣等を効果的に指導します。
- 患者の腎機能に応じて、お薬手帳にシールを貼付し、病態に応じた適切な医療や生活習慣の改善指導を行うなど、地域の医療機関、薬局、保険者、行政等が連携した取組を推進します。

### イ 関係者の連携・人材育成

- 県内外の重症化予防対策や対応事例の共有を図り、市町や保険者と医療機関等との連携を進めます。
- 特定健康診査・特定保健指導に従事する者が、対象者に対して適切な指導ができるよう、CKDに関する研修会等を開催し、従事者のスキルアップを図ります。

---

<sup>3</sup> 腎臓専門医：一般社団法人腎臓学会が認定。

<sup>4</sup> 腎臓病療養指導士：日本腎臓病協会が認定。

## 第11節 血液確保対策

### 【対策のポイント】

- 医療に不可欠な輸血用血液製剤等の原料となる血液の安定的な確保への取組

### 【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
必要な献血者数に対する献血受付者数の割合	96.4% (2022年度)	100% (2025年度)	県献血推進計画で必要とされる献血者数の確保	静岡県献血推進計画

### (1) 現状

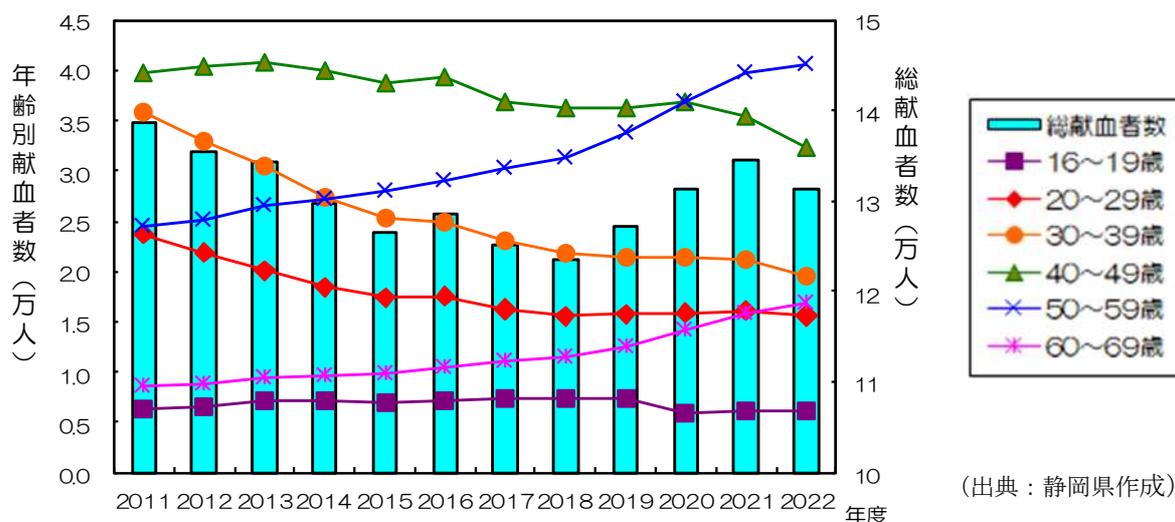
#### ア 献血の推進体制

- 献血による血液の供給体制を確立し、売血による弊害をなくすため、1964年8月閣議決定「献血の推進について」に基づき、国、地方公共団体、採血事業者である日本赤十字社の三者が一体となって献血の推進を図っています。
- 血液製剤の安定的供給と一層の安全性向上を目的とする「安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律」(血液法)に基づき、県は毎年度、献血推進計画を策定し、県、市町及び採血事業者は安定的な血液製剤の供給のために必要な献血量の確保に向けて取り組んでいます。

#### イ 献血者数及び輸血用の血液確保状況

- 県内の献血者数は、1991年度の約24万人をピークに年々減少し、近年は約13万人前後で推移しています。
- 2022年度の献血者数は131,274人で前年度の134,550人より3,276人減少しました。血液製剤の国内自給を推進する目的で国から本県に割り当てられた、血漿分画製剤の原料となる血漿の確保目標量36,272Lに対し37,990L(104.7%)を確保しました。現在、献血者の95%以上が成分献血又は400ml献血であること、また、採血事業者において輸血用血液製剤の広域需給体制が構築されたことなどから、県内で必要な輸血用血液製剤は支障なく供給されています。
- 2022年度における10代、20代の若年層献血者数は21,681人で、10年前(2012年度)の28,388人から、6,707人減少しています。全献血者に占める若年層献血者の割合についても、2022年度は16.5%で、10年前(2012年度)の21.0%から大きく減少しています。
- 2022年度の献血可能人口は2,228,538人で、10年前(2012年度)の2,496,582人から、268,044人減少しています。

図表 7-11-1 年代別の献血者の推移（静岡県）



(出典：静岡県作成)

## (2) 課題

### ア 若年層（10代、20代）及び30代に対する献血意識の普及啓発

○団塊の世代が後期高齢者となる本格的な高齢化による血液製剤の需要増大と少子化による献血可能人口の減少が予想される中、若年層（10代、20代）及び30代の献血者の減少が顕著であり、将来の献血者確保が危惧されます。このため、10～30代に対する献血意識の普及啓発が必要です。

### イ 複数回献血者の確保対策

○実献血者数（献血した人の実数）に占める複数回献血者（年間2回以上の献血した人）の割合は、2022年度において39.5%を占めました。安全な献血者を安定的に確保するため、複数回献血に協力いただける献血者を増やしていく必要があります。

## (3) 対策

- 毎年度策定する献血推進計画に基づき、各市町及び採血事業者と協力して、献血推進に取り組みます。
- 高校生献血ボランティア「アボちゃんサポーター」の委嘱、大学生献血ボランティアの育成、献血セミナーや学内献血の開催を通じて、若年層に献血意識の普及啓発を図ります。
- 献血会場等における子ども向けイベント等の実施により、20～30代の子育て世代の献血参加を推進します。
- 複数回献血を促進するため、献血会場等でのラブラッド<sup>1</sup>への登録を働き掛けます。
- 献血推進大会を開催し、献血功労者に対する表彰を行うなど、献血推進団体、献血協力団体の献血活動を奨励します。
- 医療機関の輸血用血液製剤の利用実態と治療症例検討等を通じて、医療機関の血液製剤の適正使用を促進します。

<sup>1</sup> ラブラッド：日本赤十字社の運営する複数回献血クラブの愛称、ラブ（愛）とブラッド（血）の造語。2018年10月29日、全国統一システムとなり、全国の献血ルームへの予約が可能となった。加入者へは、献血に関するお知らせやキャンペーン情報が配信されるほか、血液検査の結果をインターネット上で閲覧できる等のサービスを提供している。

## 第12節 治験の推進

### 【対策のポイント】

- 静岡県治験ネットワークによる県内病院の治験実施促進

### 【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
治験ネットワーク病院による新規治験実施件数	148件 (2022年度)	150件 (2025年度)	治験が実施できる環境を維持	(公財)ふじのくに医療城下町推進機構ファルマバレーセンター調査

### (1) 現状

- 本県では、県民に先進的な医療を届けられるよう治験を推進するため、2003年度に県内の中核医療機関で構成する静岡県治験ネットワーク<sup>1</sup>を立ち上げ、新医薬品等の承認に向けた治験の推進を図っています。
- 2007年度には静岡県治験ネットワーク内のがん診療拠点病院を中心のがん領域グループを設置し、がんの特化した治験や臨床研究を推進しています。
- 静岡県治験ネットワーク病院（NW病院）における新規治験実施件数は、一般財団法人ふじのくに医療城下町推進機構ファルマバレーセンター（PVC）が関与したものを含め、2022年度末現在、2,574件（累計）となっています。

図表7-12-1 治験ネットワーク病院による新規治験実施件数

年度	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
件数	99	153	102	142	152	120	112	126	135	146
年度	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
件数	153	125	124	135	155	122	105	95	126	148

### (2) 課題

- 医療の進歩により、年々、新たな薬剤が開発されていることから、患者が新たな治療方法の恩恵を早期に受けられるように、治験を積極的に進める必要があります。
- 近年、全国的に増加している抗がん剤の治験について、より高度な知見が必要であるため、実施する病院が一部に留まっています。
- また、新たに承認された医薬品が医療現場の治療に広く導入されるためには、既存の薬や治療法との併用における安全性・有効性等を評価する臨床研究が必要です。

<sup>1</sup> 静岡県治験ネットワーク（NW）：病床数が200床以上の県内医療機関で構成され、約14,000床のネットワークとして治験受託体制（運営事務局はPVC）を構築している。

### **(3) 対策**

---

- 静岡県治験ネットワークは、患者が医療の進歩に貢献しつつ新たな治療方法の恩恵を早期に受けられるように、先進的な医療に用いる薬剤の治験に積極的に取り組みます。
- より多くの病院において、がん領域の治験が実施できるよう、治験担当者を対象としたがん領域のセミナーの開催等の人材育成に継続的に取り組みます。
- 静岡県治験ネットワークは、新薬を含め、患者に提供する新たな治療方法の選択肢を増やせるように、臨床研究にも積極的に取り組みます。

## 第13節 歯科保健医療対策

### 【対策のポイント】

- 歯科疾患の予防・重症化予防
- 口腔機能の獲得・維持・向上
- 歯科保健医療を推進するために必要な社会環境の整備

### 【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
80歳で自分の歯が20本以上ある人の割合	69.8% (2022年度)	85% (2035年度)	国の目標値	後期高齢者歯科健診
かかりつけ歯科医を持つ者の割合	58.1% (2022年度)	95% (2035年度)	国の目標値	健康に関する県民意識調査

## (1) 現状

### ア 歯科疾患の予防・重症化予防

- WHOの研究によると、糖尿病やアルツハイマー型認知症、脳卒中等とともに口腔疾患が高齢者の健康寿命を喪失させる10大原因の一つと報告されています。
- 80歳で、自分の歯の数を20本以上ある者の割合は69.8%です。
- 歯を失う理由のほとんどがう蝕（むし歯）と歯周病です。抜歯となる主原因は、54歳未満ではう蝕（むし歯）が多く、55歳以上では歯周病が多いという特徴があります。全体の割合は、う蝕（むし歯）が3割程度、歯周病が4割程度です。
- う蝕（むし歯）は有病率が世界で最も高い疾患であり、歯科疾患実態調査によると国民の約3割が未処置のう蝕（むし歯）がある状況です。また、う蝕（むし歯）は歯の喪失の主要な原因の一つであり、生涯にわたるう蝕（むし歯）予防は非常に重要です。
- 歯周病は、糖尿病や循環器疾患等の全身疾患との関連性も指摘されていることから、その予防は生涯を通じての重要な健康課題の一つです。

### イ 口腔機能の獲得・維持・向上

- 口腔機能の低下した状態（オーラルフレイル）は低栄養状態とも関連し、運動機能や認知機能の低下を引き起こす原因のひとつとなるため、口腔機能の維持及び向上に取り組むことや、専門職が早期介入することによって、要支援状態や要介護状態が予防できると期待されています。

### ウ 歯科保健医療を推進するために必要な社会環境の整備

- 静岡県では2009年に静岡県民の歯や口の健康づくり条例を制定し、2011年に静岡県歯科保健計画を策定、2017年に口腔保健支援センターを設置しています。
- 歯科疾患の早期発見・重症化予防等を図り、歯・口腔の健康を保持する観点等から、生涯を通じて歯科検診を受診することは重要です。
- フッ化物応用は、う蝕（むし歯）予防効果、安全性及び高い費用便益率等の医療経済的な観点から推奨されており、フッ化物の応用に係る取組は県内全市町で実施されています。
- 障害のある人の歯科医療は、地域の実情に応じて歯科診療体制整備が図られるよう、その経費が市町に交付税措置され、その実施は市町の裁量に委ねられているため、公立病院での障害者

歯科外来の実施や地域の歯科医療機関での対応等、その取組は様々です。

- 高齢者では、様々な疾患により多種の薬剤を使用していることも多く、唾液の分泌量が減少していることもあります。そのため、口腔感染症や口腔粘膜疾患への配慮が必要です。また、加齢とともに口腔がんの発生もみられるようになります。

## **(2) 課題**

---

### **ア 歯科疾患の予防・重症化予防**

- 12歳児（中学1年生）でう蝕（むし歯）がない者の割合が67.3%（2012年）から82.2%（2022年）に増加するなど、幼児期・学齢期の有病状況は改善傾向にありますが、依然として多数の歯にう蝕（むし歯）がある小児が一定数おり、また、有病状況について地域格差が存在します。
- 社会経済的因子等により、う蝕（むし歯）の有病状況に健康格差が生じること等も指摘されています。
- う蝕（むし歯）と糖尿病などの全身の疾患とは、過剰な砂糖摂取などのコモンリスクファクターを共有することが挙げられています。
- 歯周病検診にて、成人期以降の未処置のう蝕（むし歯）がある者の割合や歯周病を有する者の割合が増加しています。
- 歯周病は全身の疾患へ影響し、ライフコース等、個人の特性に応じた歯科疾患の予防を図る必要がありますが、40歳、60歳の歯周炎を有する者の割合は5～6割程度と高くなっており、かかりつけ歯科を中心とした対応が必要です。
- 歯周病と全身の疾患とは、喫煙などのコモンリスクファクターを共有することが挙げられていますが、この視点を取り入れた対策や県民等への周知啓発が不足しています。
- 歯周病予防・重症化予防は生涯を通じた取組が重要であることから、ライフステージの早い段階からの個人での口腔ケア（セルフケア）の取組等の歯科保健活動の推進が必要であるとともに、かかりつけ歯科医による定期的な口腔管理（プロフェッショナルケア）も必要です。

### **イ 口腔機能の獲得・維持・向上**

- 県民のオーラルフレイルの認知度は24.8%となっており、さらなる認知度の向上が必要です。
- 健康寿命の延伸や8020達成者の増加などの健康状態が改善している中、「かみにくい」という主訴が70歳以降で大きく増加することや、口腔機能低下症の有病率が高齢の地域住民で40～50%という報告もあります。
- 乳幼児期以降における食育や口腔機能に関する取組や、高齢期における介護予防の取組など、各ライフステージに応じた取組が行われていますが、生涯を通じた口腔機能の獲得・維持・向上のためには、各個人のライフコースに沿った取組を充実させる必要があります。

### **ウ 歯科保健推進体制のための社会環境の整備**

- 市町において、歯科口腔保健を総合的に推進するためには、歯科口腔保健の推進に関する条例を制定するとともに、条例等に基づいて歯科口腔の推進に関する基本的事項や歯科保健計画等を策定すること等によって、計画に沿った歯科口腔保健施策を実施することが有効ですが、条例制定市町数は15、歯科保健計画作成市町数は22となっています。
- 歯科検診の受診率が市町により異なることや、特に若年層においては受診率が低いことが課題となっています。

- 集団でのフッ化物応用は、健康格差を縮小し、集団全体のう蝕予防の効果が期待できると指摘されているため、地域の状況に応じたフッ化物応用に関する事業の実施をさらに推進することが必要です。
- 障害がある方は、歯科疾患が進行すると歯科治療がより困難になるため、定期的な歯科検診や歯科保健指導等の実施やかかりつけ歯科医を持つ者を増やしていく必要があります。
- 障害や要介護状態、認知症の患者となっても、住みなれた地域で住み続けられるよう、歯科診療所がかかりつけ歯科医となり、病院や医科医療機関、訪問看護ステーションや介護事業者などとの連携体制の充実が求められています。

### **(3) 対策**

#### **ア 歯科疾患の予防・重症化予防**

- 歯科口腔保健に係る健康格差の縮小が期待される砂糖の適正な摂取等によるコモンリスクファクターアプローチや、フッ化物応用等の科学的根拠に基づいたう蝕（むし歯）予防対策を推進します。  
フッ化物応用の例：フッ化物配合歯磨剤（フッ素入り歯磨き剤）の使用、フッ化物洗口（フッ素うがい）の実施、フッ化物歯面塗布（フッ素塗布）など
- セルフケアの推進のために、効果的な情報提供等を行うとともに、かかりつけ歯科医によるプロフェッショナルケア推進のために、かかりつけ歯科医を持つ者の割合の向上を目指します。
- 歯周病の予防に禁煙等のコモンリスクファクターアプローチの視点を取り入れます。
- 関係団体等と連携しながら、ナッジ理論等の行動科学的アプローチも活用し、セルフケアの推進やかかりつけ歯科医を定期的に受診する人の増加を図る普及啓発等を行います。

#### **イ 口腔機能の獲得・維持・向上**

- 関係団体、市町等と連携しながらオーラルフレイルの周知啓発に取り組みます。
- 高齢期における口腔機能低下への対策として、通いの場等での口腔機能の維持・向上の取組を支援します。
- ライフステージに応じた取組に加え、ライフコースアプローチを踏まえた取組により、高齢期以前からの生涯を通じた様々な側面から、口腔機能の獲得・維持・向上のための取組を推進します。

#### **ウ 歯科保健医療推進のための社会環境の整備**

- 市町における条例制定、計画策定を支援するとともに、人材育成のための研修会を開催します。
- 市町が地域の状況に応じて行っている歯科検診の受診率の向上のための受診勧奨や、歯科検診の機会の充実等の取組を、ナッジ理論等の行動科学的アプローチを活用しながら支援します。
- 地域の状況に応じ、フッ化物応用が推進するよう支援します。
- 障害のある人への歯科医療体制を強化するため、歯科医療従事者に対し、障害に関する理解促進のための研修を実施します。また、市町が地域の実情に応じて歯科診療体制整備を図れるよう、必要な情報の提供や市町ごとの課題に対応した助言等を行います。
- 静岡県歯科医師会に設置している静岡県在宅歯科医療推進室を中心に、多職種連携や誤嚥性肺炎等の予防のための口腔健康管理等の普及推進や連携体制の充実を図ります。