

第4期

静岡県医療費適正化計画（素案）

【2024年度～2029年度】

●年●月

静 岡 県

余白

第4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	1-1
第2節	計画の基本理念	1-1
第3節	計画の位置付け	1-2
第4節	計画の期間	1-2
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
1	国民医療費の状況	2-1
2	後期高齢者医療費の状況	2-2
3	生活習慣病と医療費の状況	2-4
第2節	本県における取組の方向性	2-5
1	都道府県別国民医療費の状況	2-5
2	都道府県別後期高齢者の医療費の状況	2-7
3	生活習慣病と本県医療費の状況	2-8
4	当計画の方向性	2-9
第3章	県民の健康の保持の推進	
第1節	健康づくりのビジョン・大目標	3-1-1
第2節	生活習慣病対策	3-2-1
1	生活習慣病対策の推進	3-2-1
2	生活習慣病等の重症化予防の推進	3-2-8
3	生活習慣病対策における数値目標	3-2-9
第3節	たばこ対策	3-3-1
1	現状・課題	3-3-1
2	取組	3-3-3
3	たばこ対策における数値目標	3-3-3
第4節	予防接種	3-4-1
第5節	高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防	3-5-1

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	4-1-1
1	病床機能の分化及び連携	4-1-1
2	地域包括ケアシステムの構築	4-1-3
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	4-2-1
1	疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療体制の構築	4-2-1
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	4-2-1
第3節	医薬品の適正使用等	4-3-1
1	医薬品の適正使用の推進	4-3-1
2	後発医薬品及びバイオ後続品の使用推進	4-3-3
3	後発医薬品の使用推進における数値目標	4-3-6
4	医療資源の効果的・効率的な活用	4-3-7
第4節	医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進	4-4-1
第5章	医療費	
第1節	医療費の現状	5-1
第2節	医療費の推計及び見通し	5-1
1	入院医療費の推計方法	5-1
2	入院外医療費の推計方法	5-2
3	医療費の推計結果及び保険料の試算	5-4
第6章	計画の進行管理	
第1節	計画の評価	6-1
1	進捗状況の公表	6-1
2	進捗状況に関する調査及び分析	6-1
3	実績の評価	6-1
第2節	計画の進行管理	6-2
1	関係団体等の役割分担	6-3
2	県民の健康の保持の推進	6-4
3	医療の効率的な提供の推進	6-4
用語集	(第4章第2節関係)	

最終案 で対応

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年4月に医療費適正化計画を策定しました。
- その後、「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年の超高齢社会の到来を見据えて策定した静岡県地域医療構想も踏まえ、2018年に第3期計画を策定しました。
- 2040年頃に高齢者人口がピークを迎える中で、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者数が高止まりする一方、生産年齢人口の急減に直面するという局面において、医療・介護サービスを効果的かつ効率的に提供しつつ、人口減少に対応した全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築していくことが必要とされています。
- こうした中、2023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、限りある地域の社会資源を効果的かつ効率的に活用し、医療費適正化を図っていく必要があるとして、「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（令和5年厚生労働省告示第234号）」（以下「基本方針」という。）が改正されました。
- 基本方針では、医療DXによる医療情報の利活用等を通じ、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を図るとされています。
- この基本方針に基づき、本県においても、第4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、「県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、県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、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。
- 第9次静岡県保健医療計画、第4次静岡県健康増進計画（仮称）、第10次静岡県長寿社会保健福祉計画、静岡県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・介護・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、2024年度を初年度とし、2029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。

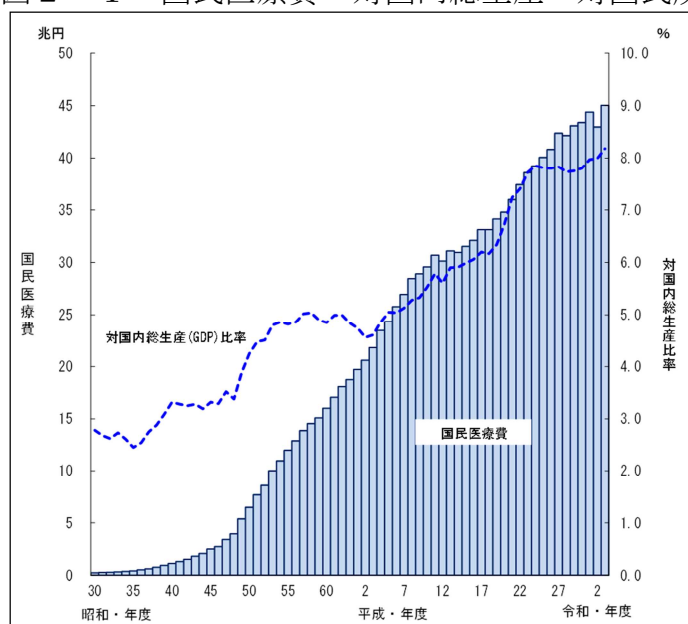
第2章 医療費の概況と取組の方向性

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「2021年度国民医療費の概況」によると、2021年度の国民医療費は45兆359億円、前年度の42兆9,665億円に比べ、2兆694億円、4.8%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8.18%（前年度7.99%）となっています。

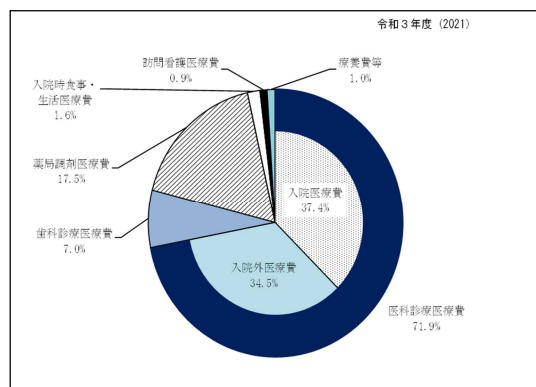
図2-1 国民医療費・対国内総生産・対国民所得比率の年次推移



資料：厚生労働省「2021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32兆4,025億円（構成割合71.9%）、そのうち入院医療費は16兆8,551億円（同37.4%）、入院外医療費は15兆5,474億円（同34.5%）となっています。

図2-2 診療種類別国民医療費構成割合

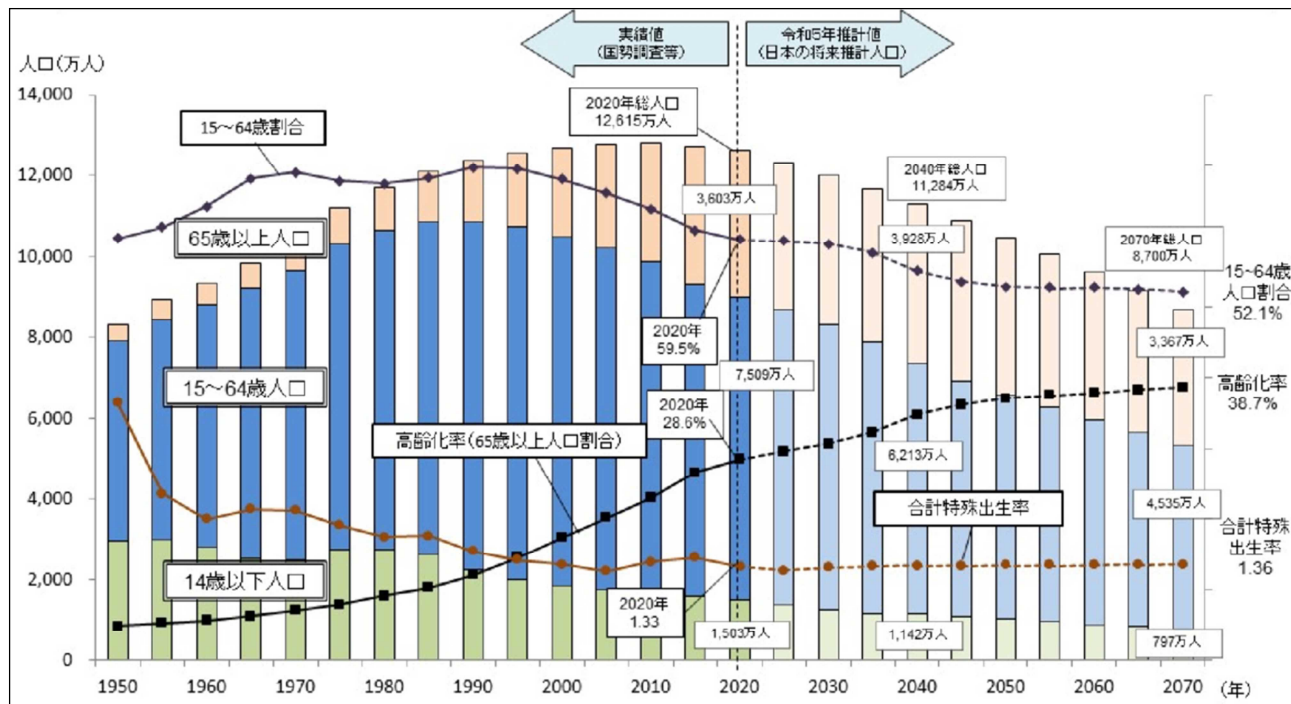


資料：厚生労働省「2021年度国民医療費の概況」

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、2070年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は39%の水準になると推計されています。
- また、団塊の世代の方々が全て75歳となる2025年には、75歳以上の人口が全人口の約18%となり、2040年には65歳以上の人口が全人口の約35%となると推計されています。

図2-3 日本の人口の推移

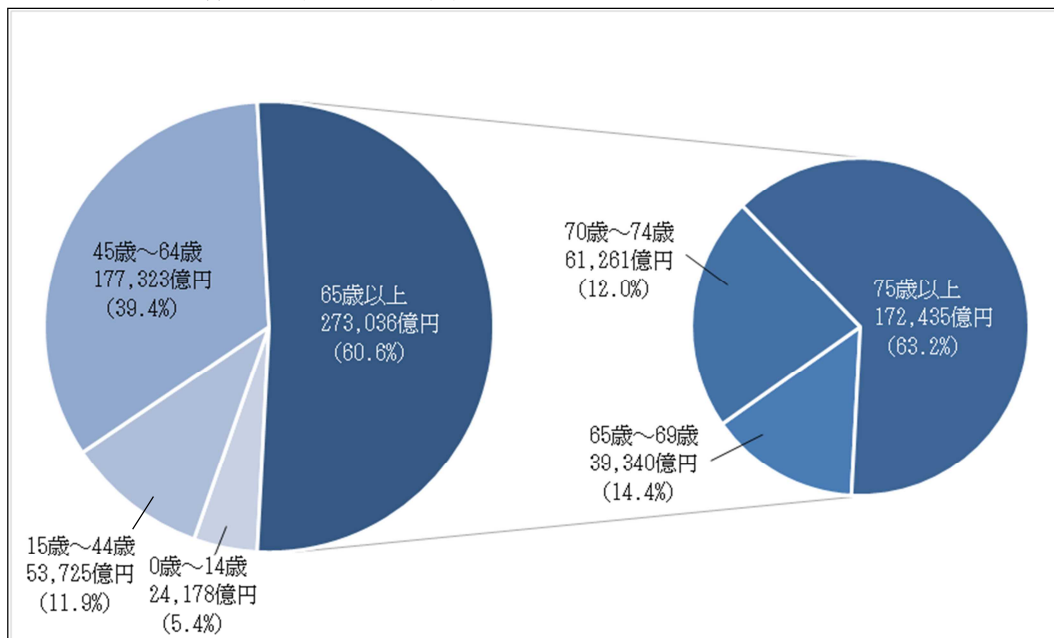


資料：厚生労働省作成資料¹

¹ 2020年までの人口は総務省「国勢調査」、合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、2025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（令和5年推計）」（出生中位（死亡中位）推計）

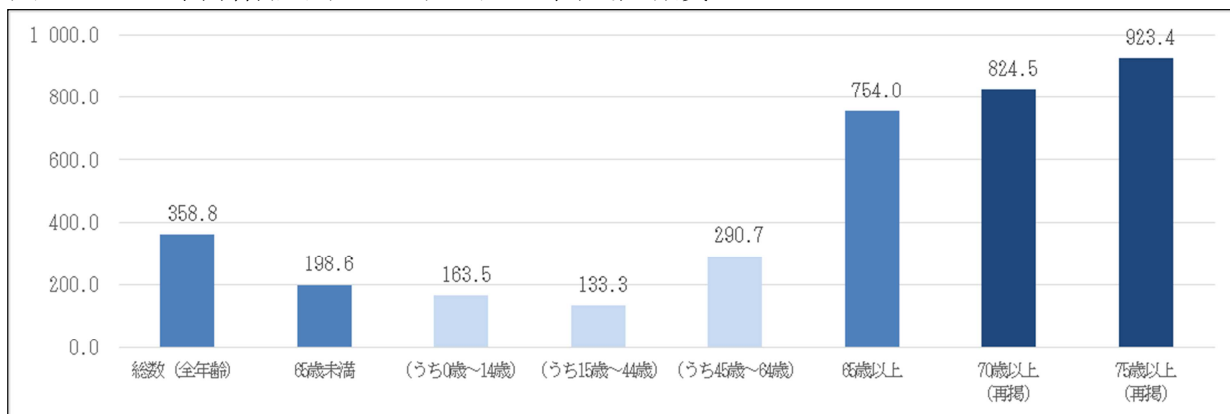
○2021年度の国民医療費を年齢階級別にみると65歳以上が27兆3,036億円（構成割合60.6%）を占め、人口一人当たり国民医療費でも、65歳未満が19万8,600円であるのに対して、65歳以上は75万4,000円となっています。

図2-4 年齢階級別国民医療費構成割合



資料：厚生労働省「2021年度国民医療費の概況」

図2-5 年齢階級別人口一人当たり国民医療費



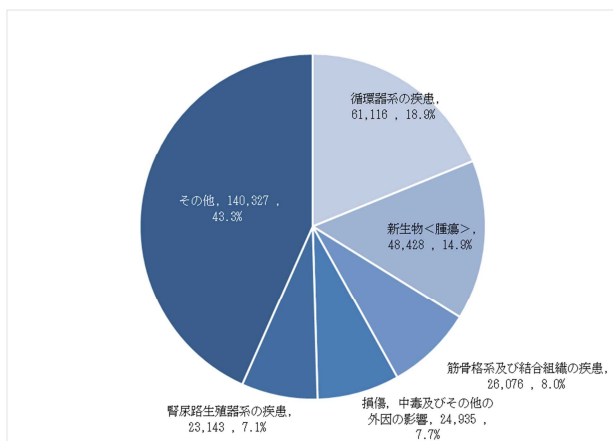
資料：厚生労働省「2021年度国民医療費の概況」

3 生活習慣病と医療費の状況

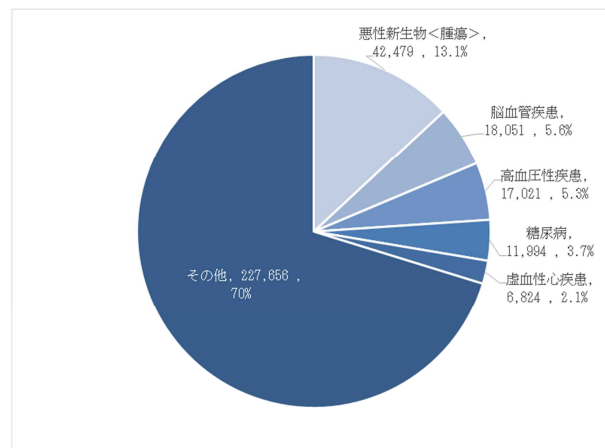
- 2021年度の国民医療費における医科診療医療費を主傷病による傷病分類別にみると、「循環器系の疾患」が6兆1,116億円（構成割合18.9%）で最も多く、次いで「新生物」が4兆8,428億円（14.9%）となっています。
- このうち、生活習慣病との関連性が高い傷病についてみると、「循環器系の疾患」のうち、「脳血管疾患」が1兆8,051億円、「高血圧性疾患」が1兆7,021億円、「虚血性心疾患」が6,824億円となっているほか、「内分泌、栄養及び代謝疾患」のうち、生活習慣病との関連性が高い「糖尿病」が1兆1,994億円となっており、これらで全体の16.6%を占めています。

図2-6 傷病分類別医科診療医療費の構成割合

【傷病分類別】



【傷病別】



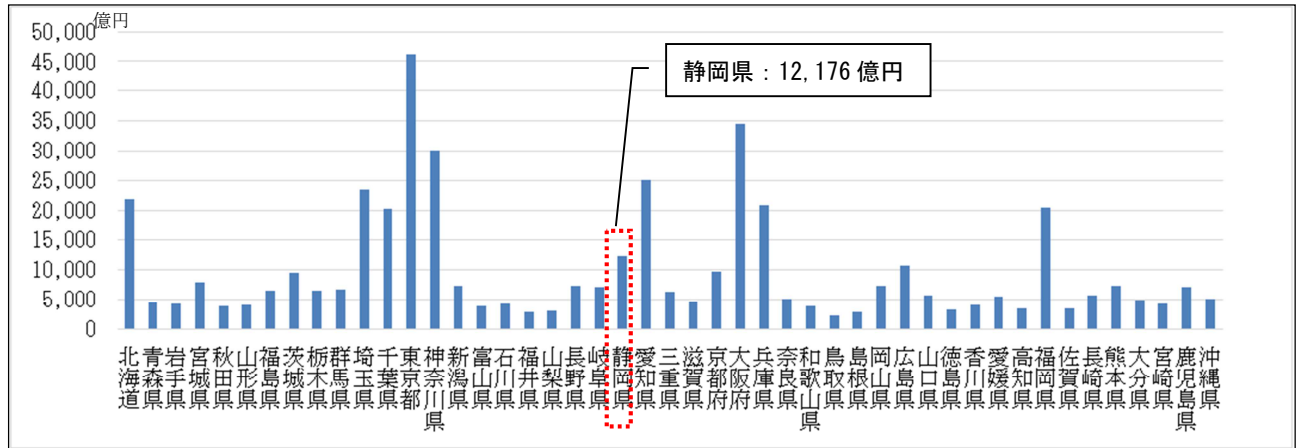
資料：厚生労働省「2021年度国民医療費の概況」

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

○2021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1兆2,176億円、前年度の1兆1,630億円の1兆1,630億円の比、546億円、4.7%の増加となっています。

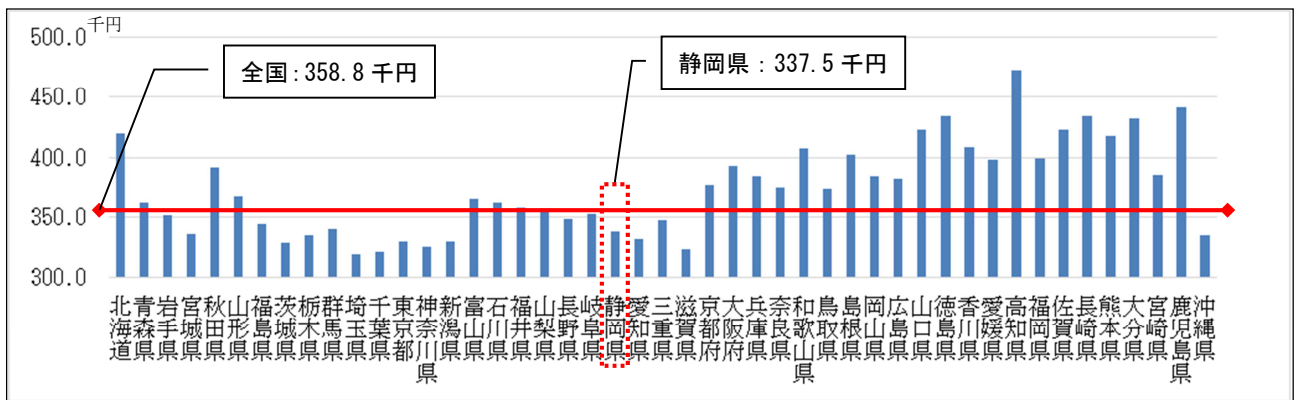
図2-7 都道府県別にみた国民医療費



資料：厚生労働省「2021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33万7,500円と、前年度の32万1,000円に比べ、1万6,500円、5.1%の増加となっており、全国平均の35万8,800円と比べ2万1,300円低く、全国で12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

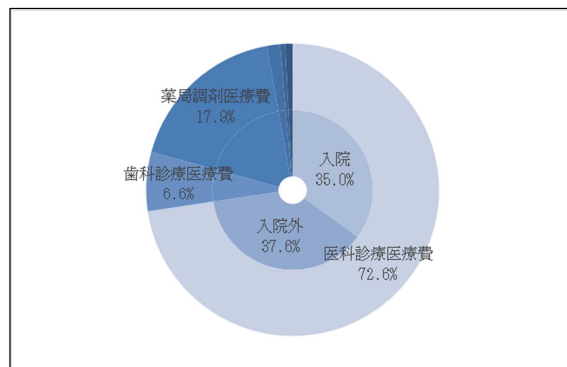


資料：厚生労働省「2021年度国民医療費の概況」

○本県の医療費を診療種類別にみると、国民医療費全体と概ね同様の傾向を示していますが、医科診療医療費のうち入院医療費の構成割合は35.0%で、国民医療費全体の37.4%（図2-2「診療種類別国民医療費構成割合」を参照）より2.6%低くなっています。

表2-1・図2-9 本県の診療種類別国民医療費構成割合

区分	本県医療費（億円）		1人当たりの医療費（千円）		
	金額	割合	全国平均（a）	本県（b）	差（b-a）
総数	12,176	-	358.8	337.5	-21.3
医科診療医療費	8,845	72.6%	258.2	245.1	-13.0
入院	4,262	35.0%	134.3	118.1	-16.2
入院外	4,583	37.6%	123.9	127.0	3.1
歯科診療医療費	807	6.6%	25.1	22.4	-2.7
薬局調剤医療費	2,181	17.9%	62.8	60.4	-2.3
入院時食事・生活医療費	176	1.4%	5.9	4.9	-1.0
訪問看護医療費	69	0.6%	3.1	1.9	-1.2
療養費等	99	0.8%	3.8	2.7	-1.0

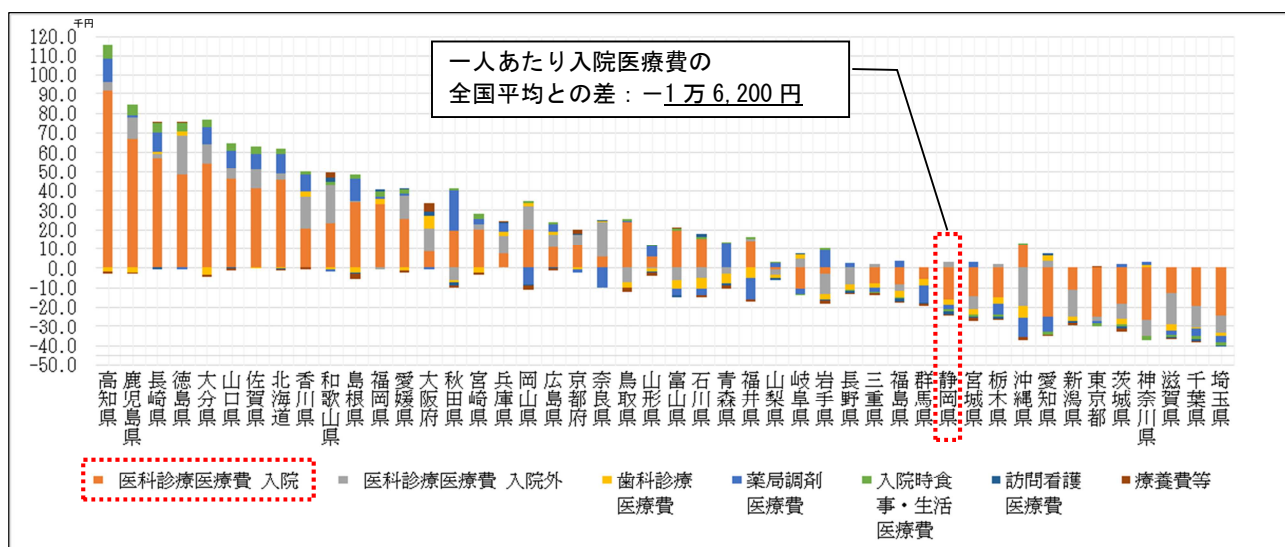


資料：厚生労働省「2021年度国民医療費の概況」

○人口一人当たり国民医療費について、診療種類別に地域差への寄与をみると、全体として入院医療費が大きく寄与しています。

○本県の人口一人当たり入院医療費は11万8,100円で、全国平均の13万4,300円と比べ1万6,200円低く、全国で7番目に低い水準となっています。

図2-10 人口一人当たり国民医療費の診療種類別の地域差への寄与²



資料：厚生労働省「2021年度国民医療費の概況」

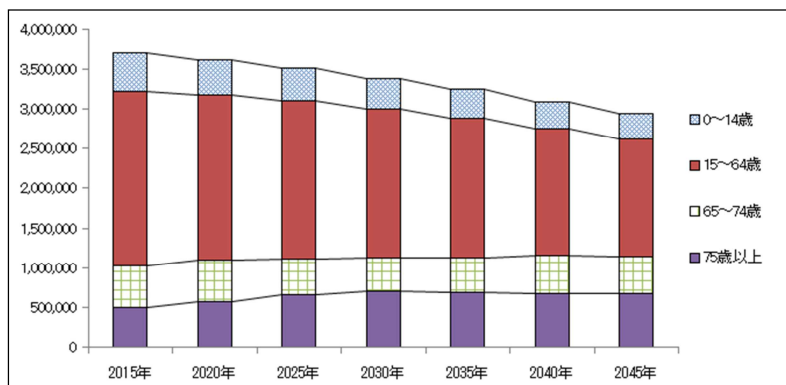
² 各都道府県の診療種類別の一人当たり医療費から、診療種類別の一人当たり医療費の全国平均を減じた差を積み上げて表した。（「0.0」が全国平均。）

図中の都道府県の並び順は、左から一人当たり国民医療費の高い順とした。

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、2022年10月1日現在、3,582,194人ですが、2007年12月の3,797,000人をピークに人口減少しています。
- 国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、人口減少のスピードは、2015年から10年ごとの減少数が、19万4千人減、26万4千人減、29万9千人減と徐々に加速していきと推計されています。
- 2045年には、本県において、22.1%が後期高齢者（75歳以上）になると推計されています。

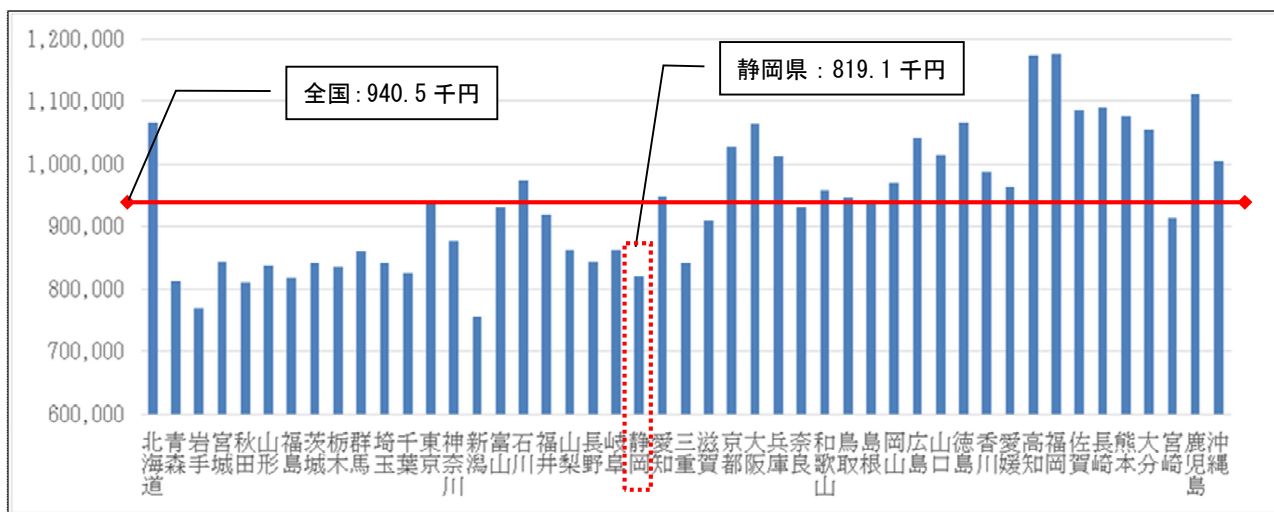
図2-11 静岡県の年齢階級別将来推計人口



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（平成30（2018）年推計）」

- 厚生労働省の公表した2021年度後期高齢者医療事業状況報告のうち、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81万9,134円となっており、全国平均の94万512円と比べ12万1,378円低く、全国で6番目に低い水準となっています。

図2-12 都道府県別にみた後期高齢者の一人当たり医療費



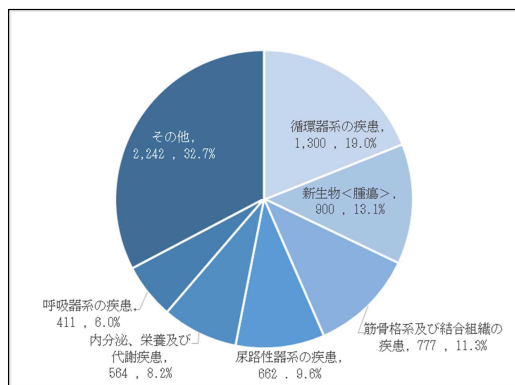
資料：厚生労働省「2021年度後期高齢者医療事業状況報告」

3 生活習慣病と本県医療費の状況

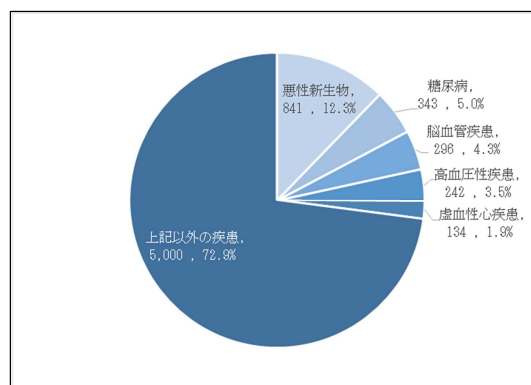
- 2021年度の本県の国民健康保険及び後期高齢者医療保険における疾病分類別医療費をみると、「循環器系の疾患」が1,300億円（19.0%）で最も多く、次いで「新生物」が900億円（13.1%）となっています。
- このうち、生活習慣病との関連性が高い傷病についてみると、「循環器系の疾患」のうち、「脳血管疾患」が296億円、「高血圧性疾患」が242億円、「虚血性心疾患」が134億円となっているほか、「内分泌、栄養及び代謝疾患」のうち、生活習慣病との関連性が高い「糖尿病」が343億円となっており、これらで全体の14.8%を占めています。
- 図2-6の国民医療費における「傷病分類別医科診療医療費の構成割合」とは対象範囲が異なるため単純な比較はできませんが、概ね同様の傾向を示しており、生活習慣病との関連性が高い4傷病の全体に占める割合を比較すると、国民医療費の16.6%より1.8%低くなっています。

図2-13 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

【疾病分類別（大分類）】



【疾病分類別（中分類）】



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、超高齢社会が到来し、生産年齢人口の減少が更に加速しようとする中で、県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、県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、健康づくりのビジョン・大目標、生活習慣病対策、たばこ対策、予防接種、高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防について示します。
- 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、医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進について示します。
- 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。

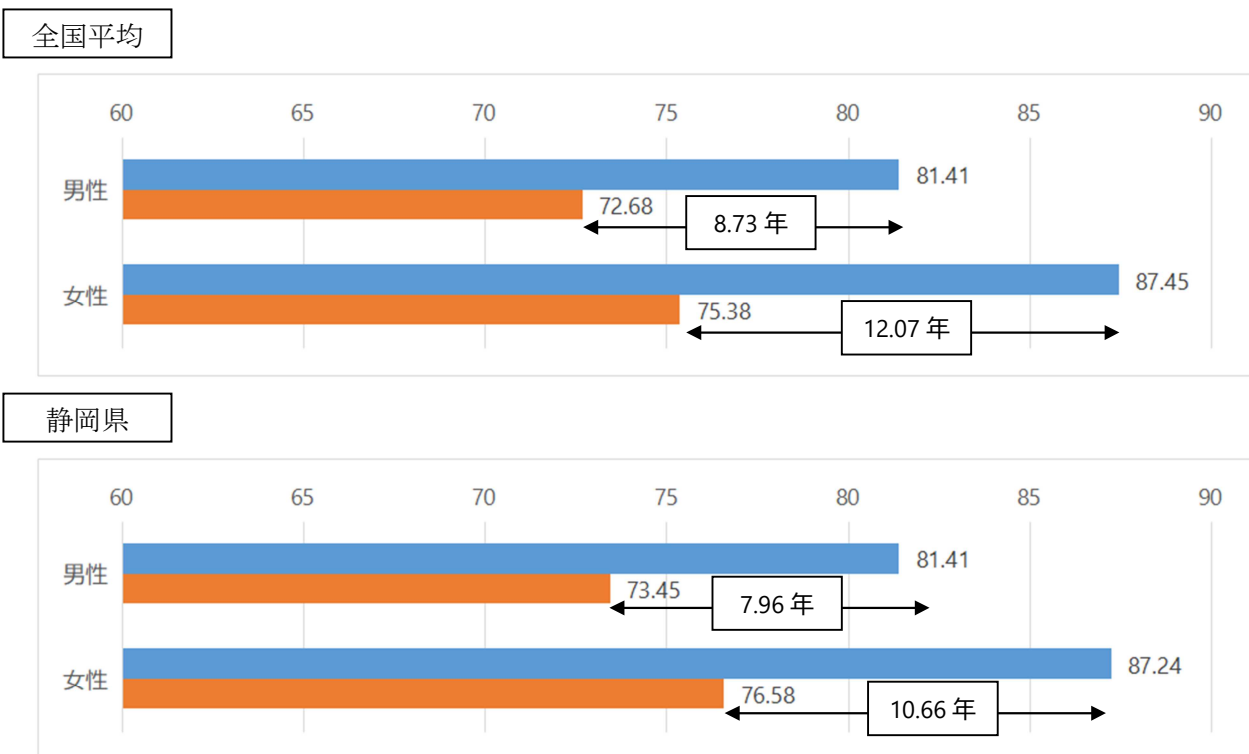
余白

第3章 県民の健康の保持の推進

第1節 健康づくりのビジョン・大目標

- 厚生労働省が発表した2019年の都道府県別の健康寿命では、本県は男女ともに全国上位クラスです（男性が全国5位、女性が全国5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0.77年長い上に平均寿命と健康寿命との差も0.77年短く、女性は全国平均よりも健康寿命が1.20年長い上に平均寿命と健康寿命との差も1.41年短く、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（年）



資料：（平均寿命）本県試算値、（健康寿命）厚生労働省公表資料
上段が平均寿命、下段が健康寿命

- 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、これまでの取組や予想される変化を踏まえ、県民の「健康寿命の延伸」と「健康格差の縮小」を大目標とし、4つの柱で構成する「第4次静岡県健康増進計画（仮称）」（2024年度～2035年度）を策定し、すべての県民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現を目指します。

表 3-1 第4次静岡県健康増進計画（仮称）における4つの柱

1	個人の行動と健康状態の改善
	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣の改善による生活習慣病や生活機能低下のリスクの改善 生活習慣病の発症予防及び合併症の発症や症状の進展等の重症化予防 生活習慣病に罹患せずとも生じる日常生活に支障をきたす状態の予防
2	社会環境の質の向上
	<ul style="list-style-type: none"> 心身の健康に影響を与える良好なつながりの醸成 健康に関心の薄い人でも無理なく自然に健康な行動をとることができるような環境整備
3	ライフコースを踏まえた健康づくり
	<ul style="list-style-type: none"> 胎児期から老齢期に至るまで、人の生涯を経時的に捉えた健康づくりを推進
4	実効性を高める取組
	<ul style="list-style-type: none"> 上記の取組の効果、効率を向上させる研究の実施、人材育成関係者による連携の場の設置等を推進

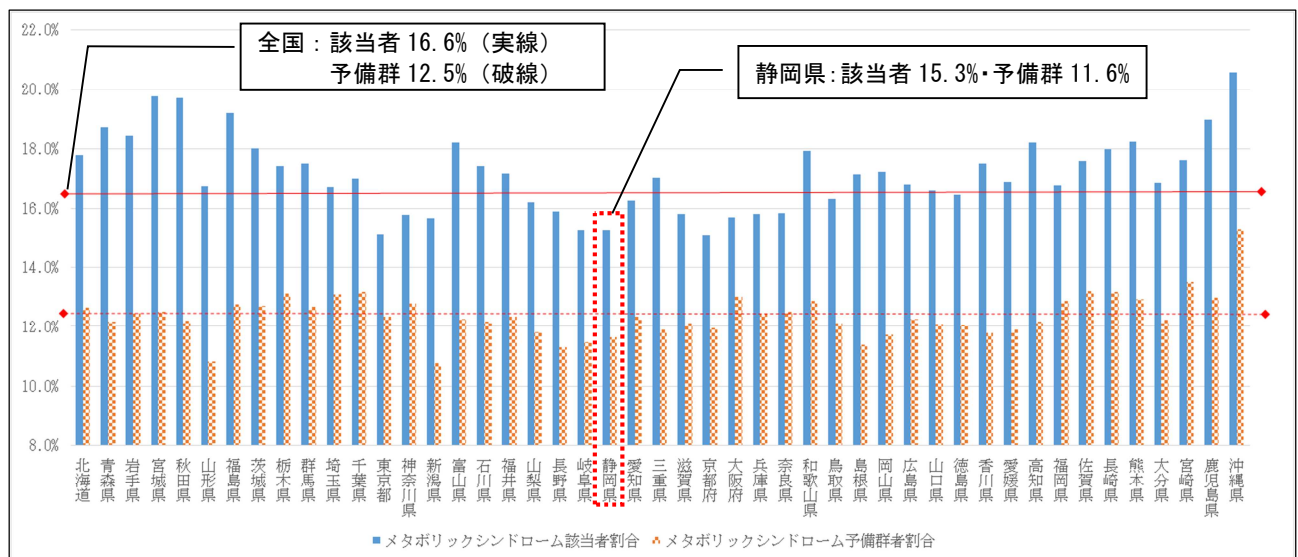
第2節 生活習慣病対策

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

- 基本方針によると、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、2019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16.6%、予備群の割合は12.5%です。本県のメタボリックシンドローム該当者の割合は15.3%と全国で低い方から4番目、予備群の割合は11.6%と全国で低い方から6番目となっています。
- 本県におけるメタボリックシンドローム該当者割合は、全国でトップクラスに少ない状況ですが、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率は年々減少し、メタボリックシンドローム該当者・予備群は増加傾向にあります。

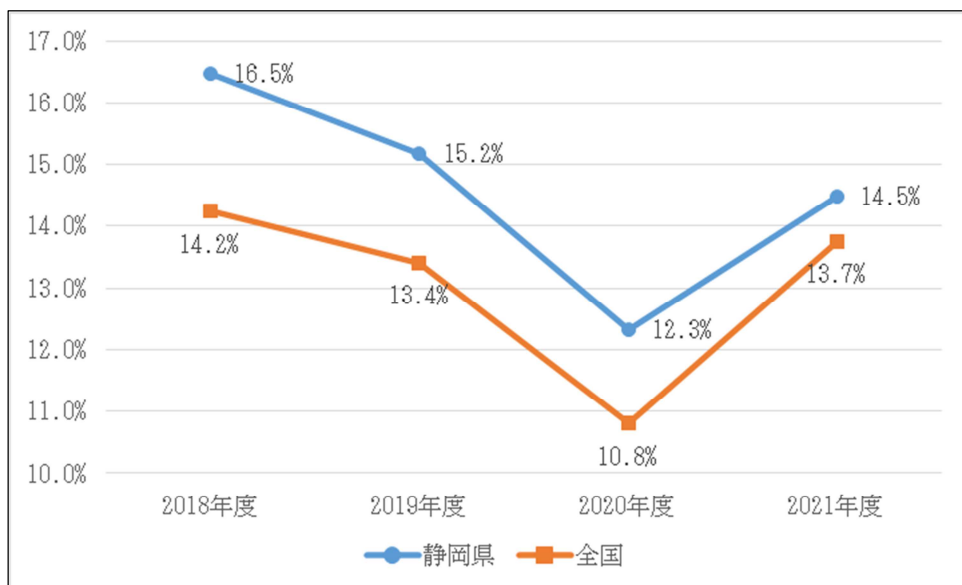
図3-2 都道府県別にみたメタボリックシンドローム該当者・予備群の割合



資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況（都道府県別一覧）（令和3年度）」

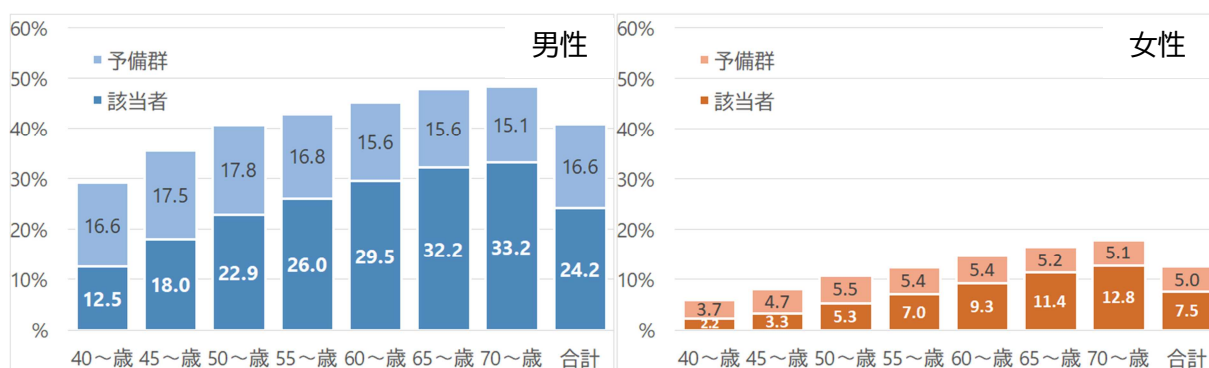
¹ ○メタボリックシンドローム該当者
 腹囲 85cm 以上、女性 90cm 以上かつ 2 つ以上に該当するもの
 (1) 中性脂肪 150mg/dl 以上、または HDL コレステロール 40mg/dl 未満、もしくはコレステロールを下げる薬服用
 (2) 収縮期血圧 130mmHg 以上、または拡張期血圧 85mmHg 以上、もしくは血圧を下げる薬服用
 (3) 空腹時血糖 110mg/dl 以上、または HbA1c 6.0 以上、もしくはインスリン注射または血糖を下げる薬服用
 ○メタボリックシンドローム予備群
 上記と同様で 3 項目のうち 1 つに該当するもの

図3-3 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率



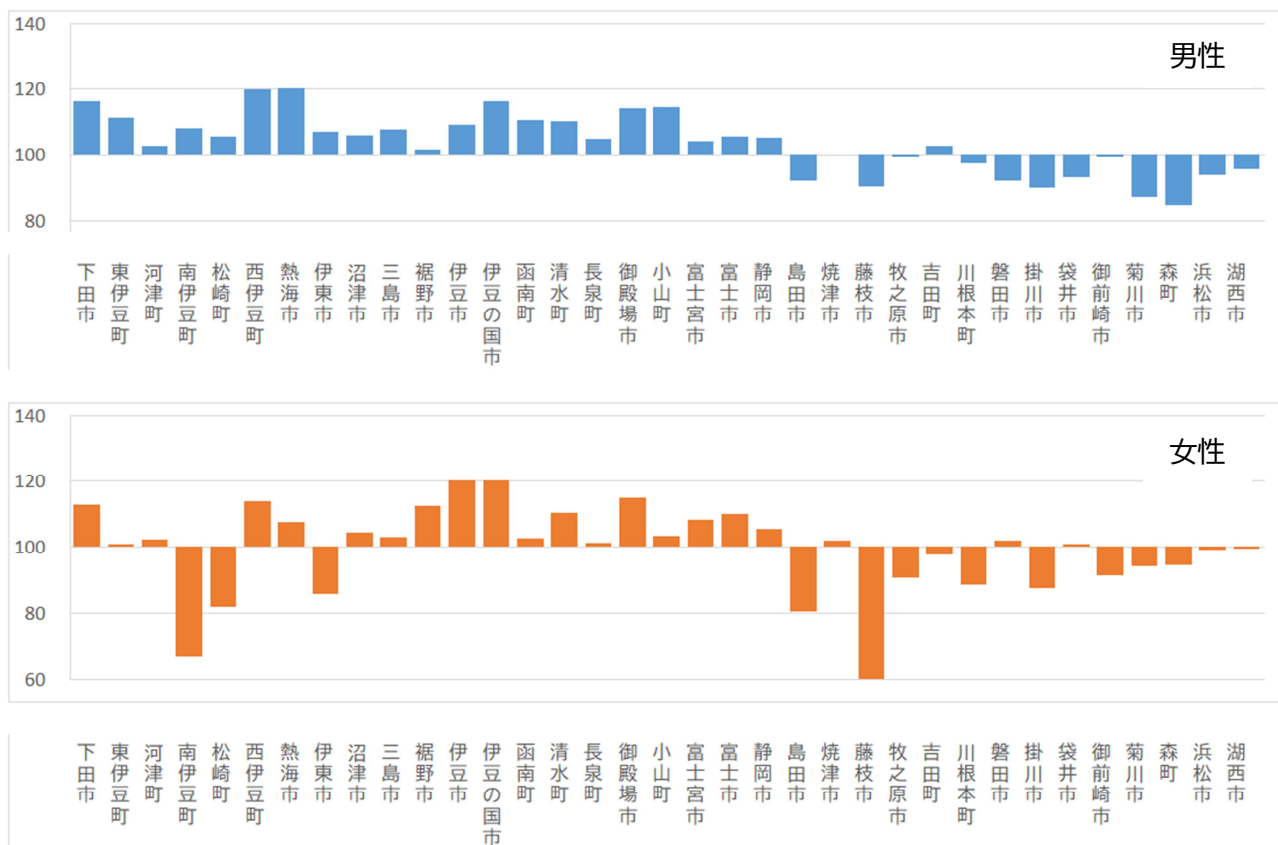
○また、男女別にみると、本県では、男性の約5人に2人（40.8%）、女性の約8人に1人（12.5%）がメタボリックシンドロームの該当者・予備群です。

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



資料：静岡県「令和2年度特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」

図3-5 市町別メタボリックシンドローム該当者の標準化該当比*（県水準=100）



*標準化該当比：年齢構成を基準（県全体）に合わせて重み付けした上で、基準集団より何倍多いかを数値化したもの（100=1倍）

資料：静岡県「令和2年度特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」

(2) 特定健康診査²及び特定保健指導³の現状

- 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上昇し、2021年度は58.8%と全国値の56.2%より高く全国で13位となっているものの、第3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、2021年度は26.0%と全国値の24.7%より高いものの、第3期の目標の45%には届いていません。
- 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ことが必要です。
- 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ことが必要です。

図3-6 特定健康診査受診率の推移

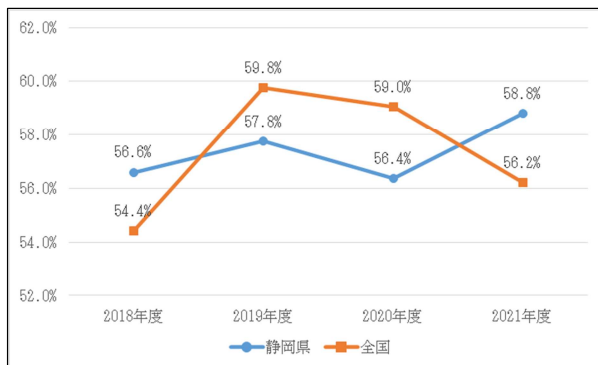
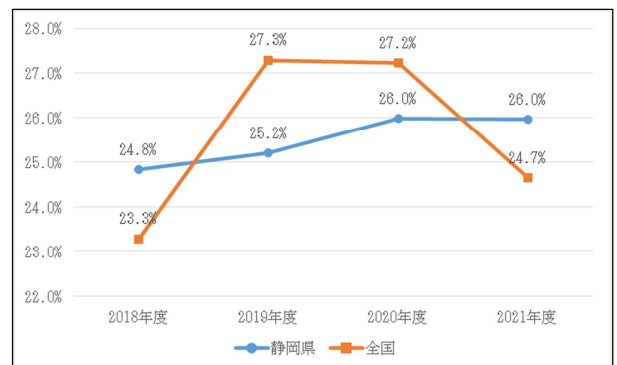


図3-7 特定保健指導実施率の推移

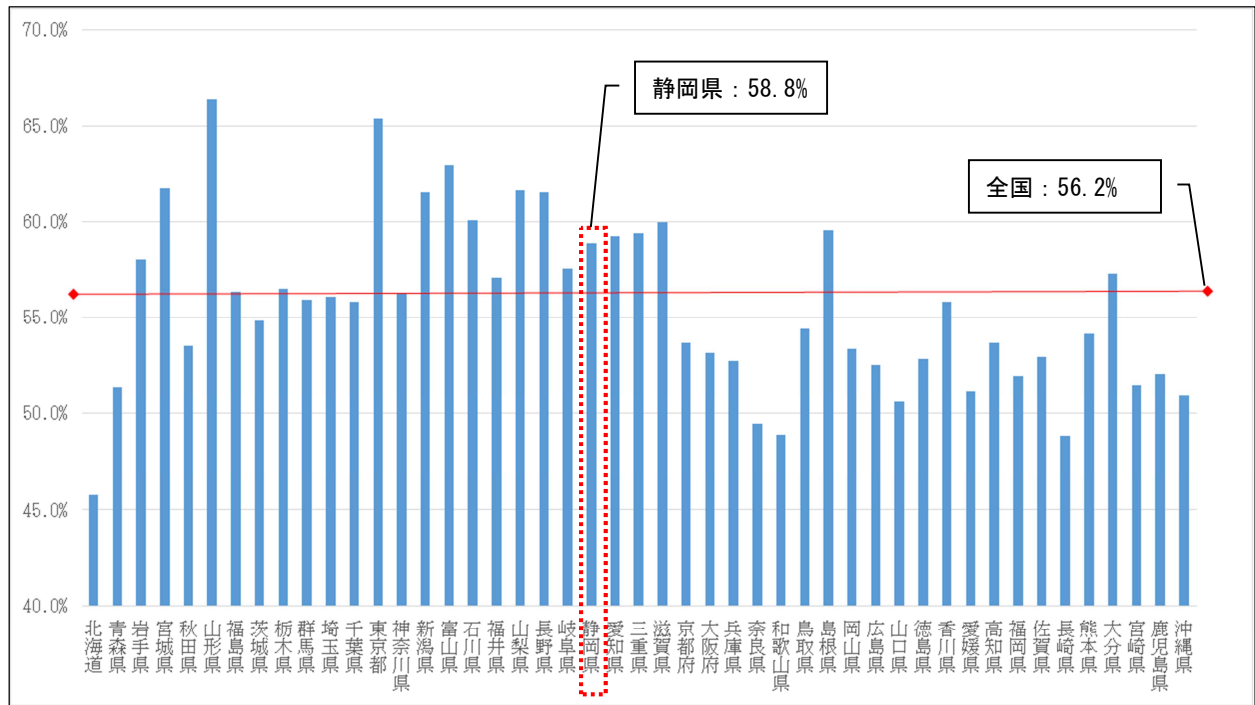


資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況（都道府県別一覧）（令和3年度）」

² 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。

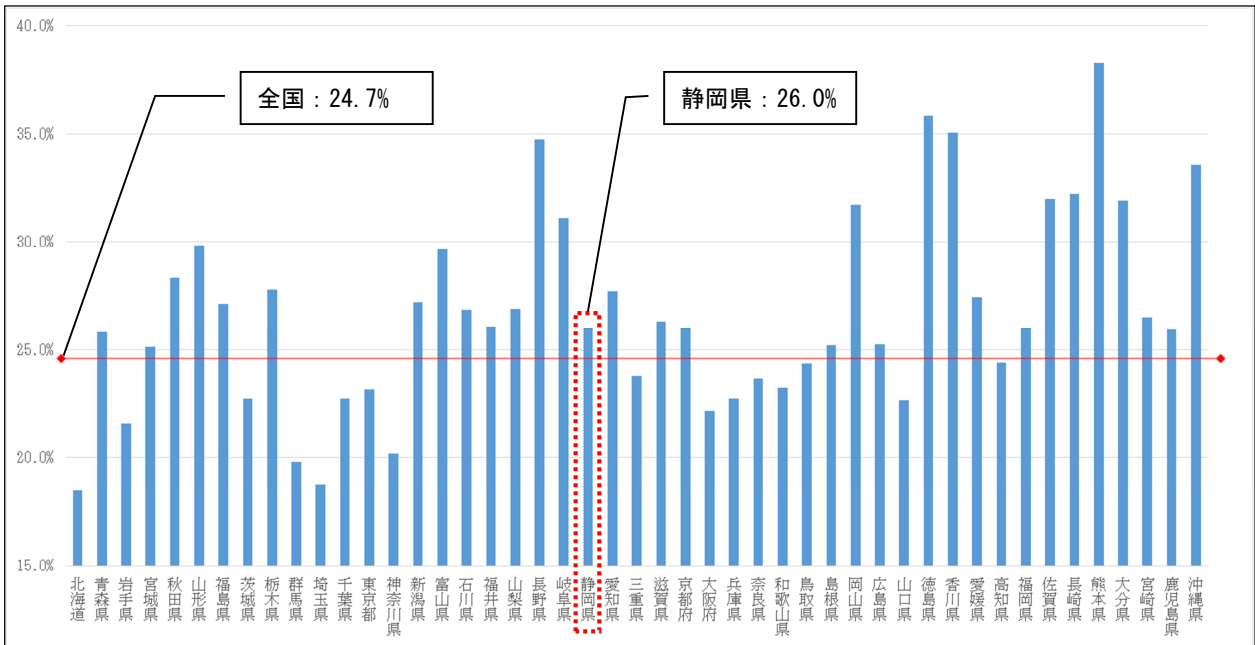
³ 法第24条に基づき、特定健診の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる者に対して、医師、保健師や管理栄養士等の専門スタッフが生活習慣を見直すサポートをするもの。リスクの程度に応じて、動機付け支援と積極的支援があり、専門スタッフとの面接により対象者に合わせた実践的なアドバイス等を行い、自身で行動目標に沿った生活習慣改善を実践、6か月後に実績評価等を行う。
特定保健指導実施率は、特定健診において特定保健指導（動機付け又は積極的支援）の対象となった者のうち、特定保健指導を受けた者の割合。

図 3-8 都道府県別にみた特定健康診査受診率



資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況（都道府県別一覧）（令和3年度）」

図 3-9 都道府県別にみた特定保健指導実施率



資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況（都道府県別一覧）（令和3年度）」

(3) 特定健康診査実施体制等の整備の取組

- 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。
- 保険者協議会等で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みます。
- 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。
- 被扶養者や個人事業者等への働き掛け、過去の受診歴等からの効果的な受診勧奨の実施や、がん検診との同時実施等、受診率及び実施率の向上を図る取組を推進します。
- 特定健診、特定保健指導を担当している保険者、実施機関の担当者に対して研修を行い、生活習慣病対策を効果的に推進できる人材を育成します。
- 遠隔通信を活用した保健指導や、動画等の健康教材の電子化など、ICT技術を活用した取組をモデル的に実施します。
- 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。
- 市町や保険者に対して、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。
- また、がん検診についても、メリットに関する知識の周知や、対象者個別に行う受診勧奨・再勧奨、企業と連携した啓発等を推進します。さらに、休日検診の実施、女性が受診しやすい検診環境整備等、受診者の利便性の向上を図ります。

(4) 生活習慣病対策の現状・課題

- 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ことが必要です。
- 食生活・身体活動・喫煙等の不適切な生活習慣が肥満、血糖高値、血圧高値、動脈硬化症から起こる虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿等の危険因子となるため、生活習慣の改善や重症化予防を行う必要があります。
- 身体的、精神的、社会的に良好な食生活の実現のためには、健康・栄養状態、食事内容、摂取食品、摂取栄養素の各レベルにおいて適切な状態となるよう個人の行動の改善を進めていく必要があります。
- 仕事に関して強い不安、悩み、ストレスを感じている労働者が半数を超える状況にあり、労働者の健康確保対策においては、特にメンタルの不調による健康障害が課題となっています。

○働く人のメンタルヘルス対策を含めた健康の増進を図るためには、各職場における健康づくりの取組の推進することが重要です。

(5) 生活習慣病対策の取組

- 静岡社会健康医学大学院大学等の大学や研究機関と連携により、医療、介護、健診等の情報を活用した研究し、研究により得られた知見を、講演会等の開催等を通じ県民に分かりやすく伝えるとともに、県の健康施策の立案に活用するなど、社会実装を図ります。
- 特定健診の結果に基づき、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、保険者等に研修実施や必要な助言支援等を行います。
- 生活習慣病の予防や改善のため、適正な量の食塩・野菜・果物の摂取に関する情報提供や健康教育に活用できるツールの作成等を通じて、各個人に沿ったバランスの良い食事の実践に向けた普及啓発を行います。
- 市町や保険者が特定健診・特定保健指導などの機会を通じ実施する、こころの健康に関する正しい知識の普及・啓発を支援します。
- 健康づくりを推進する事業所の認定制度等を活用し、中小規模の事業所におけるメンタルヘルス対策を含めた健康づくりの取組の普及を図ります。また、事業所における健康づくりに活用可能な啓発ツールの提供を行い、静岡産業保健総合支援センター等と連携した普及を図ります。
- 健康無関心層や働き世代への働き掛けとして、企業による積極的な健康経営への取組を支援します。

2 生活習慣病等の重症化予防の推進

(1) 糖尿病等の現状・課題

- 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。
- 2019年の全国で糖尿病が強く疑われる者は約1,150万人、糖尿病の可能性が否定できない者は約1,050万人と推計されています。また、2020年の糖尿病を主な傷病として継続的に医療を受けている患者数は全国で約579万人で年間1万4千人が糖尿病が原因で死亡し、死亡数全体の1.0%を占めています。
- 2021年の本県の糖尿病による死亡者は418人、死亡率（人口10万対）は11.6で全国の11.4と同程度です。
- 糖尿病の予防には、その前段階である肥満やメタボリックシンドロームの段階での生活改善が重要であることから、特定健診や特定保健指導などを活用した効果的な対策が必要です。
- 糖尿病は自覚症状がほとんどなく、自分では気づかないため、定期的な健診の受診による健康状態の把握や、保健指導等による生活習慣の改善が重要です。
- CKD（慢性腎臓病）の重症化を予防するためには、血糖値や血圧値が高い人に対し、早期受診や適切な治療の継続を促し、良好な血糖コントロール状態の維持を図る必要があります。

(2) 糖尿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するとともに、保険者等と協力して特定健康診査の受診を促します。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。
- 2018年3月に策定し2022年6月に改定した、県版糖尿病性腎症重症化予防プログラムの周知に努め、また、効果的に運用できるよう、市町、保険者、医療機関等との連携強化により、生活習慣病の発症予防及び重症化予防の体制整備を進めます。
- 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機会をさらに増やすとともに、糖尿病の発症予防、重症化予防を行う市町、保険者等初期・安定期治療を行う医療機関（かかりつけ医）、歯科診療所、薬局等と合併症治療を行う専門医療機関との情報共有や連携協力体制の構築を進めます。
- 糖尿病の発症を予防する適切な生活習慣等の知識を普及するとともに、特定健診受診者の検査結果、生活習慣などのデータを県民に分かりやすく伝えます。
- かかりつけ医への定期受診や訪問診療によって、高血圧症への降圧療法をはじめ、糖尿病、脂質異常症、慢性腎臓病等の継続治療を徹底することを推進します。

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	58.8% (2021年度)	70%以上 (2029年度)	国目標値 ⁴ と整合	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況（都道府県別一覧）」
	市町国保		60%以上		
	国保組合		70%以上		
	協会けんぽ		70%以上		
	単一健保		90%以上		
	総合健保		85%以上		
	共済組合		90%以上		
特定保健指導実施率 (40～74歳)	県全体	26.0% (2021年度)	45%以上 (2029年度)	国目標値 ⁴ と整合	厚生労働省提供データ
	市町国保		60%以上		
	国保組合		30%以上		
	協会けんぽ		35%以上		
	単一健保		60%以上		
	総合健保		30%以上		
	共済組合		60%以上		
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年度と比べた特定保健指導対象者の減少率 ⁵ をいう）		14.5%の減少 (2021年度)	25%以上の減少 (2029年度)		厚生労働省提供データ

⁴ 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（平成20年厚生労働省告示第150号・令和5年改正告示第144号）

⁵ 減少率は、各都道府県における、2008年度の特定保健指導対象者の推定数（2008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年3月31日現在で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年度の特定保健指導対象者の推定数（2023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年3月31日現在で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年度の特定保健指導対象者の推定数で除して算出。

余白

第3節 たばこ対策

1 現状・課題

- 喫煙は、がん、循環器病、糖尿病、COPD（慢性閉塞性肺疾患）等の主要な危険因子であることが知られています。
- たばこの消費量は、近年減少傾向にあります。過去のたばこ消費による長期的な健康影響と急速な高齢化により、がんやCOPD等のたばこ関連疾患による死亡数は年々増加しており、たばこの消費量を継続的に減少させることにより、将来的な超過死亡や超過医療費、経済的損失を確実に減少させるとされています。
- 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。
- 厚生労働省の調査によると、20歳以上の喫煙率は、男性25.9%、女性7.6%、県全体で16.4%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県東部で高い傾向があります。
- 喫煙率の低下に向けて、禁煙を希望する人を増やすとともに、希望者が禁煙に成功するよう支援していくことが必要です。また、たばこの健康被害や禁煙の方法等、たばこに関する新たな情報について、広く普及を図る必要があります。
- 妊婦自身及び胎児の健康に悪影響を及ぼす妊娠中の喫煙をなくすとともに、将来、喫煙者となる可能性があるこども期における予防意識を高めることが必要です。
- 2020年4月に施行された改正健康増進法に基づき、飲食店等は、受動喫煙防止のため適切な措置を講じる義務があります。
- また、労働安全衛生法により、事業者は、室内等における労働者の受動喫煙防止のため、適切な措置を講じることが努力義務化されています。
- 受動喫煙の機会を有する者の割合は、飲食店が16.2%と高く、続いて職場17.9%、家庭で15.8%となっています。地域別では、伊豆地域では家庭における受動喫煙の割合が20.7%、中部地域では飲食店における受動喫煙の割合が18.8%と高くなっています。
- 利用が拡大している加熱式たばこにおいても、紙巻きたばこと同様に有害物質が含まれており、受動喫煙がおこるとされています。
- 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。

図3-10 喫煙・受動喫煙の現状

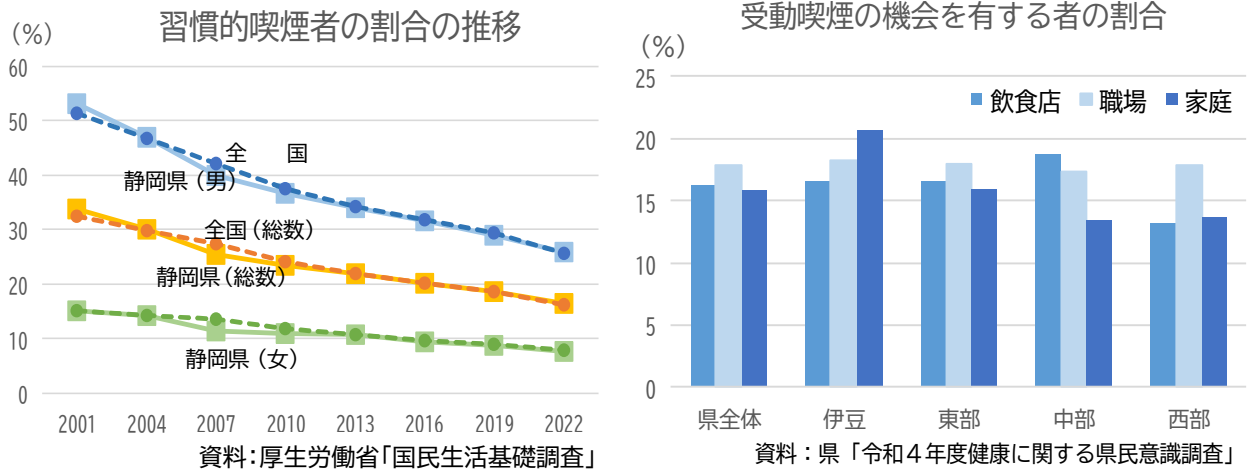
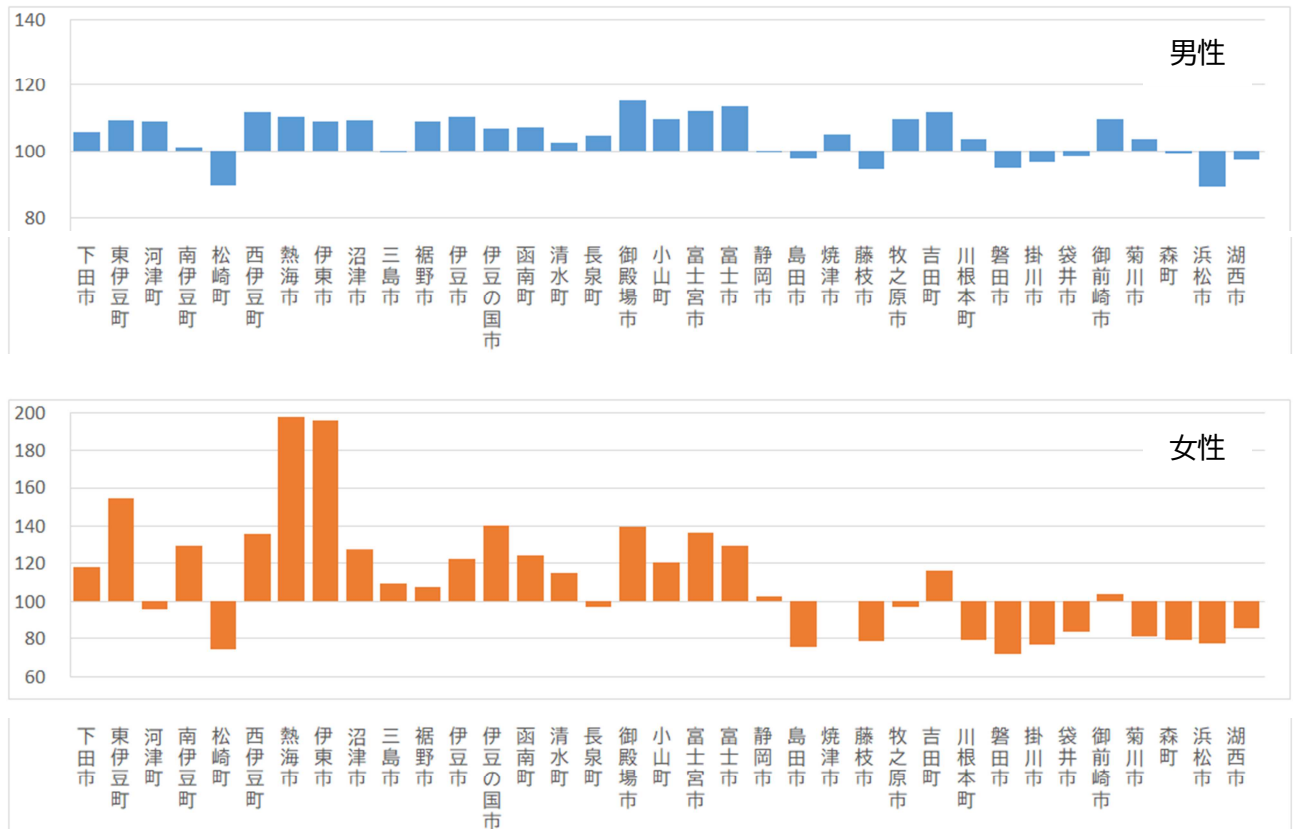


図3-11 市町別習慣的喫煙者の標準化該当比※（県水準=100）



※標準化該当比：年齢構成を基準（県全体）に合わせて重み付けした上で、基準集団より何倍多いかを数値化したもの（100=1倍）

資料：静岡県「令和2年度特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」

2 取組

- 禁煙を希望する人を支援するために、禁煙の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。また、5月31日の世界禁煙デーや5月31日から6月6日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。
- 母子手帳交付時や健診時に合わせて、妊婦及びその家族等に情報提供を行うため、妊婦及び乳幼児の保護者向けリーフレットを作成し、市町に提供します。また、こどもに対して将来の喫煙を予防する対策に取り組みます。
- 禁煙支援等についての研修会等を開催し、市町や事業所等における喫煙対策を支援します。
- 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。
- 保健所における飲食店等の新規・更新等の手続時に、受動喫煙対策に関する適切な情報提供を行います。
- 労働基準監督署や保険者と連携し、職場における受動喫煙対策に関する支援等について情報提供を行うほか、健康づくり企業表彰や健康づくり宣言事業所等の取組により、事業所における受動喫煙防止策を誘導します。
- 加熱式たばこ¹の取扱いについても、今後の国の検討結果を踏まえて対応していきます。

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
20歳以上の者の喫煙率	16.4% 男性 25.9% 女性 7.6% (2022年)	14.0% (2029年)	第4次ふじのくに健康増進計画と整合	国民生活基礎調査

¹ たばこの葉やその加工品を電気で加熱し、発生する煙（エアロゾル）を喫煙するもの

余白

第4節 予防接種

1 現状・課題

- 予防接種は、予防接種法（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。
- 厚生労働省は、2014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県民の健康の保持の観点から、予防接種について県民の意識を高め、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。
- 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、2018年度以降減少傾向にあった誤接種の発生報告数は2021年度以降増加に転じています。
- HPVワクチンの接種率向上に向け、HPV9価ワクチンの定期予防接種化を含むワクチンに対する正しい情報の提供のほか、引き続きキャッチアップ接種や償還払いの制度の周知を図る必要があります。
- 今後のHPVワクチン接種率向上に伴い、ワクチン接種後に生じた広範な疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状を呈する患者に対する診療・相談体制のさらなる強化に取り組む必要があります。
- また、2024年4月以降の新型コロナウイルスワクチン接種の取扱いについては厚生労働省において議論されており、その方針を踏まえた各市町の体制整備を図る必要があります。

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 (14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) <ul style="list-style-type: none"> ・麻しん ・風しん ・日本脳炎 ・H i b感染症 ・肺炎球菌(小児用) (MR)
	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) 	<ul style="list-style-type: none"> ・HPV ・結核(BCG) ・水痘 ・B型肝炎 ・ロタウイルス
任意接種		<ul style="list-style-type: none"> ・おたふくかぜ など 	

※2024年度から「新型コロナウイルスワクチン」が定期接種化されることが検討されています。

2 取組

- 県では、県医師会などの関係団体や予防接種協力医療機関と連携し、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の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、医師会と協働で作成した予防接種間違い防止チェックリストの改定と関係者への配布、予防接種間違い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。
- HPVワクチンの接種率向上を図るため、有効性や安全性等の正確な情報の提供や、市町が実施するキャッチアップ接種や償還払いの制度について、市町と連携してより効果の高い県民への周知・啓発方法を検討します。
- HPVワクチン接種後に生じた広範な疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状を呈する患者に対して、より身近な地域において適切な診療を提供するための協力医療機関の連携強化を図るため、定期的に厚生労働省の動向等の情報共有や意見交換等を実施します。

表 3-3 予防接種の実施状況¹

(単位：人)

区分		DPT-IPV 1期初回	MR 1期	日本脳炎 1期初回	BCG	インフルエンザ	Hib 1回目
国	対象者数	831,250	866,522	914,000	830,000	36,252,500	830,000
2021	実施者数	815,570	810,292	782,711	807,784	20,187,753	818,613
年度	実施率	98.1%	93.5%	85.6%	97.3%	55.7%	98.6%
県	対象者数	23,420	24,563		23,525	1,106,752	23,278
2020	実施者数	23,923	24,206	32,536	23,827	694,016	23,148
年度	実施率	102.1%	98.5%		101.3%	62.7%	99.4%
県	対象者数	22,704	23,544		22,614	1,106,000	22,708
2021	実施者数	22,124	22,211	21,358	21,927	614,130	22,180
年度	実施率	97.4%	94.3%		97.0%	55.5%	97.7%
県	対象者数	21,500	22,326		21,593	1,113,734	21,382
2022	実施者数	21,206	21,424	24,605	21,239	629,406	20,956
年度	実施率	98.6%	96.0%		98.4%	56.5%	98.0%

区分		肺炎球菌 小児1回目	HPV 3回目	水痘 2回目	肺炎球菌 高齢者	B型肝炎 3回目	口タ 1価2回目 + 5価3回目
国	対象者数	830,000	531,000	853,000	7,595,800	830,000	830,000
2021	実施者数	813,293	139,014	789,291	1,059,846	791,139	791,299
年度	実施率	98.0%	26.2%	92.5%	14.0%	95.3%	95.3%
県	対象者数	23,034	16,550	24,868	151,623	23,300	14,789
2020	実施者数	23,053	2,181	25,331	41,887	23,648	8,191
年度	実施率	100.1%	13.2%	101.9%	27.6%	101.5%	55.4%
県	対象者数	22,708	16,437	23,322	147,399	22,715	22,739
2021	実施者数	22,216	4,700	22,083	36,397	21,573	21,594
年度	実施率	97.8%	28.6%	94.7%	24.7%	95.0%	95.0%
県	対象者数	21,452	15,846	22,657	158,870	21,392	21,389
2022	実施者数	21,033	5,759	19,747	32,872	20,837	20,633
年度	実施率	98.0%	36.3%	87.2%	20.7%	97.4%	96.5%

資料：厚生労働省「定期の予防接種実施者数」、静岡県「定期予防接種実施状況調査」

¹ DPT-IPV：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、Hib：ヘモフィルス・インフルエンザ菌b型

図3-12 主な予防接種と対象者年齢一覧

(令和5年4月1日現在)

区分	種類	年齢																	
		0歳			1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10歳	11歳	12歳	13歳	14歳	15歳
		3月	6月	9月	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳
予防接種法 (定期接種)	4種混合1期 (DPT-ポリオ)	★			★														
	DT2期											★							
	MR				★	小学校入学前		★											
	日本脳炎(注1)				★														
	BCG	★																	
	Hib	★			★						初回接種開始時の月齢ごとに接種方法(接種回数)が異なる								
	肺炎球菌小児	★			★														
	HPV(注2)											小学校6年生から高校1年生まで							
	水痘				★	★													
	B型肝炎	★			★														
	ロタ	★			(1価)														
任意接種	おたふくかぜ				★						★								
	インフルエンザ																		

D:ジフテリア
P:百日咳
T:破傷風
M:麻疹
R:風疹

注1: 1995年4月2日～2007年4月1日生まれの人は20歳未満まで、日本脳炎の定期接種を受けることができます。

注2: 令和4年度から積極的勧奨が再開された。

県感染症対策課作成

第5節 高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防

1 現状・課題

- 国民の受療の実態を見ると、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ます。
- 要介護認定率が著しく上昇する85歳以上の人口は令和7年以降も引き続き増加し、医療・介護の複合的なニーズを有する者の更なる増加が見込まれている。高齢期に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に対する保健指導や栄養指導等を含む予防の重要性も指摘されています。
- 高齢者が複数の慢性疾患を有することや、加齢に伴う身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえることが重要とされています。
- 静岡県の高齢化は急速に進行しており、2030（令和12）年には、県民の約3人に1人が65歳上の高齢者、5人に1人は75歳以上の後期高齢者になる見込みです。また、今後、団塊の世代が後期高齢者になることに伴い、要介護認定者数も増加すると見込まれています。
- 体重や筋肉量の減少を主因とした低栄養や、口腔機能、運動機能の低下等のフレイルなどに着目して高齢者の保健事業と介護予防を実施することや、高齢者に係る疾病の重症化予防と生活機能維持の両面にわたる課題に一体的に対応することが重要とされています。
- 高齢者においては、健康な人であっても若年時に比べ食が細くなり、体重の減少や筋力や体力の低下がみられます。高齢者の体重減少は、フレイル¹の主要な要因の1つであり、要介護のリスクとなります。また、高齢の女性において低栄養状態が多いことが知られています。
- 口腔機能は、健康で質の高い生活を営むために不可欠な摂食や会話等に密接に関連し、健康寿命の延伸や生活の質の向上に関係しています。特に、高齢者における咀嚼機能の低下は、摂取できる食品群にも大きな影響を与えられられています。また、オーラルフレイル・口腔機能の低下は、う蝕や歯周病等に起因する歯の喪失にも関係します。
- ロコモティブシンドローム²に関する正しい知識を普及し、生活機能の低下を早期に発見することにより、重症化を予防する必要があります。
- ロコモに関する正しい知識を普及し、生活機能の低下を早期に発見することにより、重症化を予防する必要があります。
- 運動、食（栄養・口腔機能）、社会参加等の適切な生活習慣の維持・獲得や、社会とのつながりの確保によりフレイル予防を進めることが重要です。また、体重や体力の低下がみられる高齢者等は健康リスクが高まることから、適切な介入により生活機能の維持・向上を図る必要があります。

¹ 「フレイル」とは、高齢者が加齢によって心身ともに虚弱になった状態を指します。健康と要介護状態の間の段階で、高齢者の多くがフレイルの過程を経て要介護状態になると考えられています。

² 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。

- 高齢期になっても、社会生活を営むために必要な機能を維持するためには、運動機能や認知機能をできる限り維持すること及び地域活動や就業など何らかの形で社会参加することにより高齢者の活力が生かされる社会環境が必要です。
- また、高齢期にあっては、複数の疾患が慢性的に共存し、完全治癒が難しい場合があるため、個人の価値観を尊重しながら、生活機能の向上、維持を目指すことが求められます。
- 特に、退職後の世代に対し地域活動や趣味・スポーツ、就労等の社会活動の実践を支援する必要があります。
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施は、令和2年度から各市町において順次開始されており、2023年4月時点、県内28市町にて実施されています。
- 今後、未実施市町への支援、実施市町の取組内容の充実を図る必要があります。

2 取組

- 高齢者を支援する専門職の連携の場を活用し、高齢者の低栄養について関係者の理解促進を図るとともに、市町等が実施する高齢者の低栄養状態の予防・改善の取組を支援します。
- う蝕・歯周病や歯の喪失、全身の健康との関連性、予防方法について、効果的な情報提供を行い、個人の行動変容を促します。
- 県歯科医師会、郡市歯科医師会と連携しながら、ナッジ理論等の行動科学的アプローチも活用し、かかりつけ歯科医を定期的を受診する人の増加や8020運動・オーラルフレイル予防の推進を図る普及啓発を行います。
- かかりつけ歯科医による定期的な口腔管理の重要性について、周知啓発を行い、かかりつけ歯科医を持つ者の割合の向上を目指します。
- 歯科保健や歯科医療提供体制について、課題や情報を共有する会議を開催し、関係者が連携した取組を推進します。
- 健診等の機会を通じ、住民に対しロコモに関する正しい知識の普及を図るとともに、早期の介入を支援します。
- 「通いの場」等で活動するリハビリテーション専門職や管理栄養士、歯科衛生士等の活動を支援することにより、高齢期において適切な食、運動、社会参加の習慣の維持・確保を図ります。また、運動機能や体重、体力等の低下がみられる高齢者等に対して、市町等が行う生活機能の維持向上や、医療機関への受診勧奨の取組を支援します。
- 市町への伴走支援等により、一体的実施の実施内容の充実を図ります。
- 市町職員研修の開催により、一体的実施に関わる人材を育成します。
- 市町職員意見交換会の開催により、各市町に好事例の横展開を図り、一体的実施の取組を推進します。
- 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。

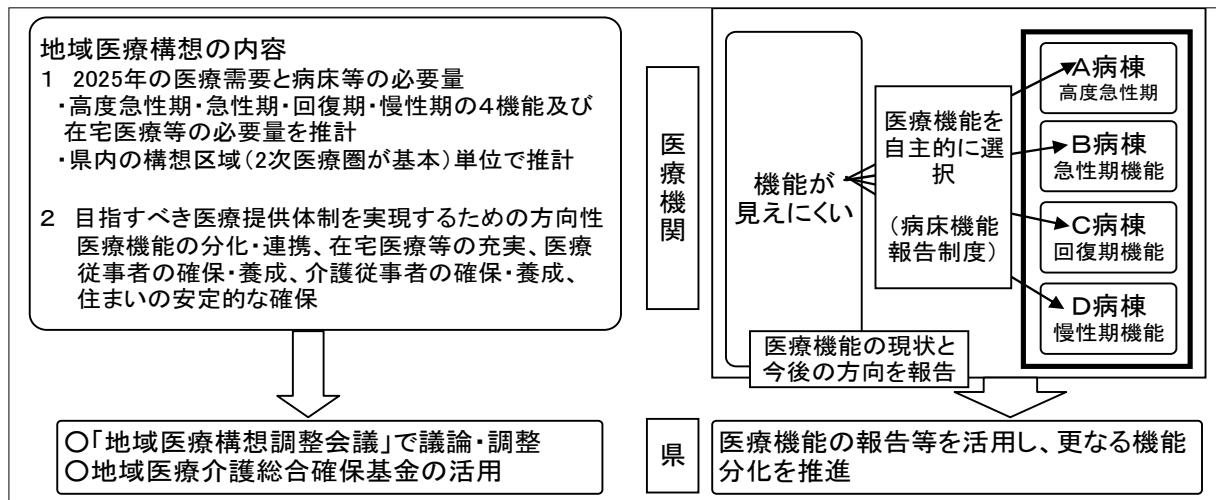
第4章 医療の効率的な提供の推進

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



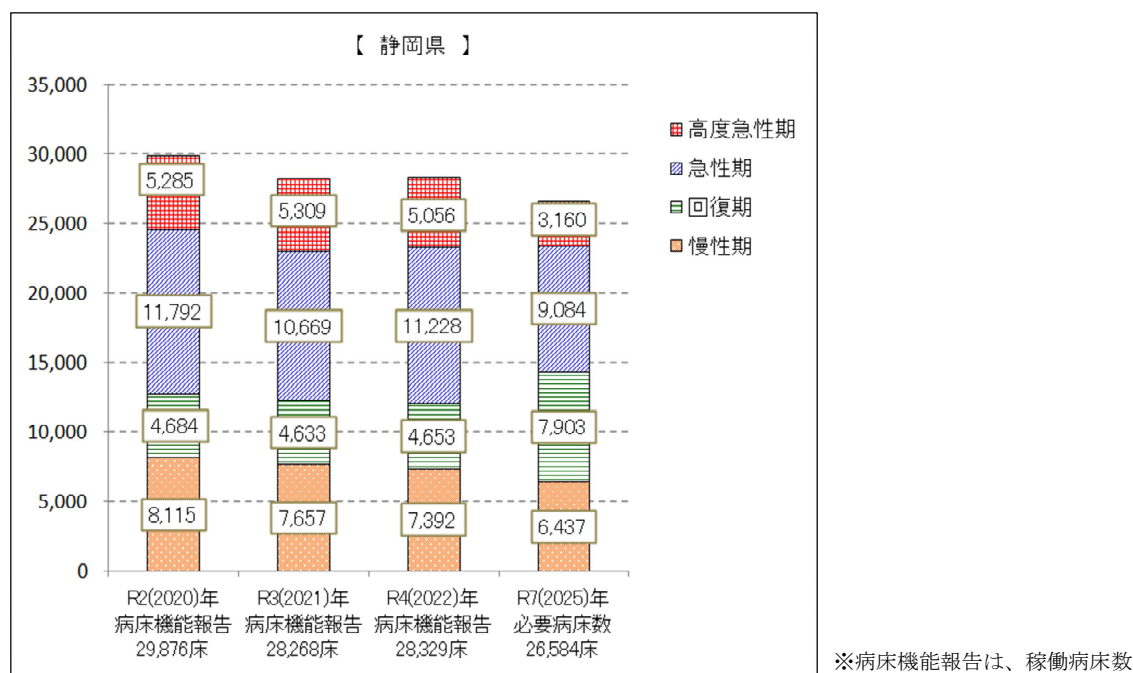
- 本県においても、医療環境の変化や制度改革等に適切に対応し、県民が安心して暮らすことができる医療の充実をさらに推進するため、地域の実情に即した静岡県地域医療構想（以下、「構想」という）を2016年3月に決めました。
- 構想の実現に向けては、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」を、地域において医療及び介護を総合的に確保していくための「車の両輪」として進めていく必要があります。
- 構想においては、保健医療計画における8圏域の2次保健医療圏を構想区域として設定し、2025年における医療需要を推計した上で、4つの医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ご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 年度の医療供給量と 2025 年の必要病床数

圏域名	2013 年度の医療供給量					2025 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

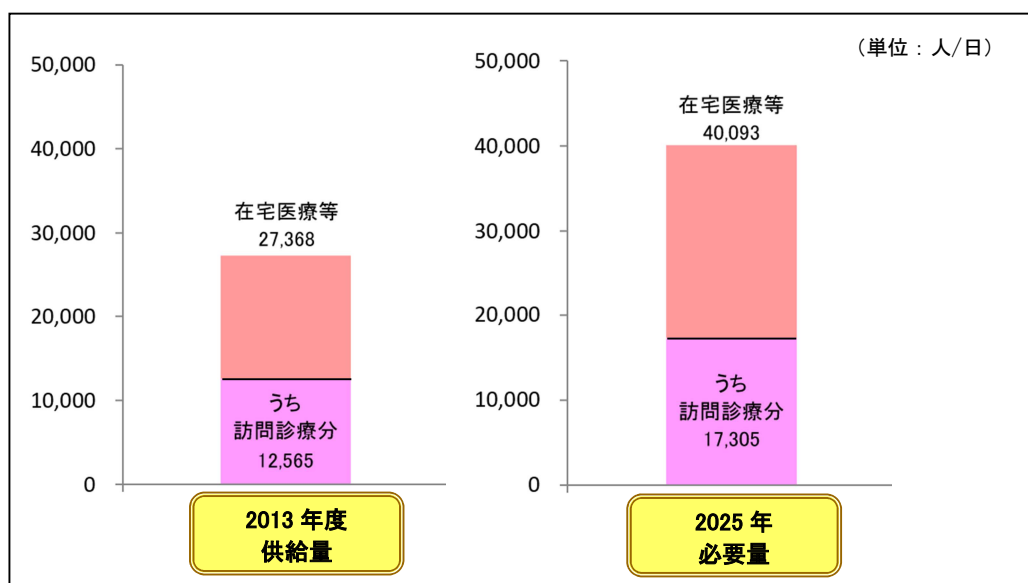
図 4-2 必要病床数と病床機能報告の推移との比較²



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 年度供給量と 2025 年必要量の比較



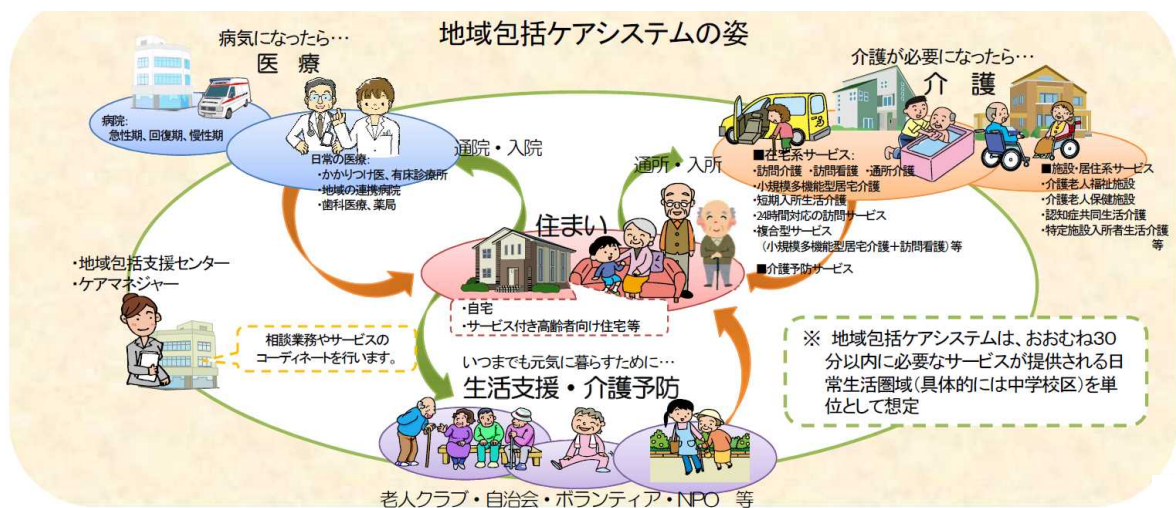
○2025 年以降における地域医療構想については、国が高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる 2040 年頃を視野に入れつつ課題整理・検討している新たな地域医療構想を踏まえ、対応していきます。

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 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 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、最期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は、現在、高齢期のケアを念頭に構築されていますが、地域で必要な支援を包括的に提供するという考え方は、障害のある人、子ども、生活困窮者などへの支援にも共通するものです。
- 2020（令和2）年6月に成立した「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」では、分野ごとに推進してきた支援を、分野ではなく地域を単位とすることで、複数の分野にまたがる課題や制度の隙間の課題などを含め、地域生活課題への包括的な支援体制を構築し、高齢者、障害のある人、子ども、生活困窮者など属性を問わず、全ての人々が生きがいを持って暮らすことのできる「地域共生社会」の実現を図ることとされました。
- 地域共生社会の実現に向けて、第10次静岡県長寿社会保健福祉計画において、「地域で支え合い、健やかに、安心して最期まで暮らせる長寿社会の実現」を理念として、次の6つを施策の柱として具体的な施策を推進し、地域包括ケアシステムを更に深化させていくこととします。

図4-4 地域包括ケアシステムの姿



資料：厚生労働省作成資料より

表 4-2 地域包括ケアシステムの更なる深化に向けた施策の柱

1	<p>誰もが暮らしやすい地域共生社会の実現</p> <ul style="list-style-type: none"> ・分野を越えた福祉の推進 ・地域活動の推進 ・地域共生社会の環境整備 ・安全・安心の確保
2	<p>健康づくりと介護予防・重度化防止の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・静岡県が目指す地域リハビリテーションの姿 ・各段階における地域リハビリテーションの充実 ・科学的知見に基づいた健康寿命の延伸
3	<p>認知症とともに暮らす地域づくり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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）
4	<p>在宅生活を支える医療・介護の一体的な提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療・介護連携の推進 ・在宅医療のための基盤整備 ・人生の最終段階を支える体制整備
5	<p>自立と尊厳を守る介護サービスの充実</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護サービス基盤の整備 ・介護サービスの質の確保・向上 ・介護サービスの安全対策の推進 ・利用者及び介護家族等への支援 ・適正な介護保険制度の運用
6	<p>地域包括ケアを支える人材の確保・育成・定着</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護職員の確保・育成・定着 ・ケアマネジャーの確保・育成・定着 ・多様な担い手の確保・育成・定着

余白

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、県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6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、肝疾患、精神疾患
6事業	救急医療、災害時における医療、新興感染症の発生・まん延時医療、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

- 静岡県保健医療計画に記載した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について、医療費適正化の観点を踏まえ抜粋した主要内容は次のとおりです。
- 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 がんの予防・がんの早期発見

- 喫煙が及ぼす健康への影響などに関する正しい知識の一層の啓発。
- 公共的な施設、飲食店や職場等の受動喫煙防止対策を強化。
- 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。
- がん検診従事者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 がん患者一人ひとりに応じた治療と支援の推進

- がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、小児がん拠点病院、静岡県地域がん診療連携推進病院及びがん相談支援センター設置病院（以下「拠点病院等」という。）における医療の質の向上と均てん化及び医療機関間との連携強化。
- 拠点病院等が継続して指定要件を充足できるよう支援。
- 高齢のがん患者一人ひとりの状況に応じた適切ながん診療を提供できるよう治療のあり方について検討し、医療機関に働き掛けの実施。
- 高齢者であっても比較的安全に手術が受けられる低侵襲医療を推進するため、県内の拠点病院等における低侵襲医療体制の整備を支援。
- 拠点病院等のアピアランスケアの実状を把握し、アピアランスケアの普及及び県内の連携体制の構築を推進。

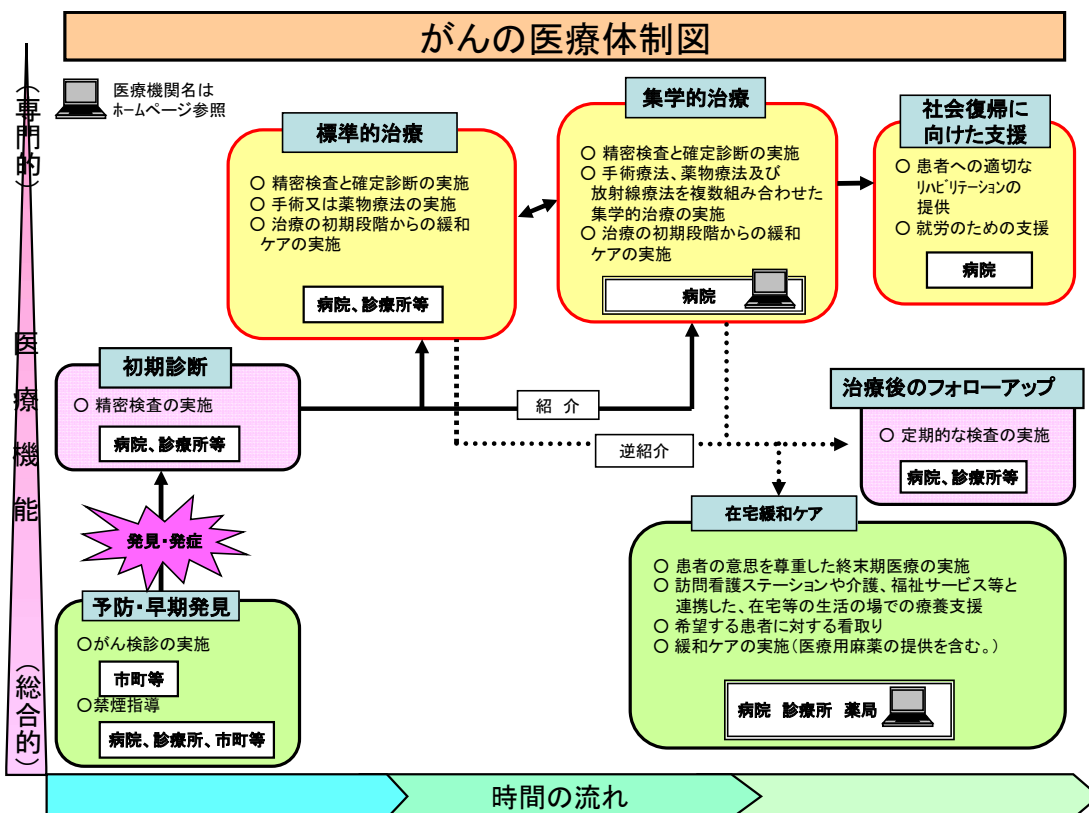
ウ がん患者療養支援機能の充実

- 県医師会及び県立静岡がんセンター等関係機関と連携し、地域の医療機関、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等による在宅チーム医療の充実や在宅医療従事者の育成などを進め、県内の在宅医療体制を強化。
- 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。
- 拠点病院等の病棟や外来における緩和ケア及び地域の在宅緩和ケアの実施状況を把握し、緩和ケアの地域連携クリティカルパス等を検討。
- 適切に治療や生活等に関する選択ができるよう、科学的根拠に基づく情報を迅速に提供するほか、地域の医療資源や医療制度・福祉制度等の情報を提供。
- 地域の公民館や図書館等の身近な施設で、がん診療体制や医学的に正しいがん治療法等の情報を容易に得られる仕組みづくりを推進。
- 医療者、雇用主等の事業者、両立支援コーディネーターの3者によるトライアングル型サポート体制の円滑な実施。

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"> ○ 喫煙対策やがんに関連するウイルスの感染予防などによるがんリスクの低減 ○ 科学的根拠に基づくがん検診の実施やがん検診の精度管理・事業評価の実施による、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の実施 ○ 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、薬物療法等を複数組み合わせる集学的治療の実施 ・ がんと診断時から患者とその家族等に対する全人的な緩和ケアの実施 (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 ・ がんゲノム医療等の高度かつ専門的な医療等については、地域における役割分担等を踏まえつつ、必要に応じて他の医療機関と連携し実施すること ・ 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 ・ がんと診断された時から患者とその家族等に対して全人的な緩和ケアを実施するために必要な緩和ケアチームや外来での緩和ケア提供体制等を整備 ・ 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

- 脳卒中の危険因子（高血圧症、脂質異常症等）、初期症状及び介護予防の啓発、危険因子の治療と生活習慣指導等の推進
- 発症後の早期治療、各病期を担う医療・介護関係者間連携の推進
- 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 予防・啓発

- 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。
- 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 救護

- 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。

ウ 急性期

- 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。
- 地域の実情を踏まえた病院間搬送体制の構築と標準的治療の普及を推進。

エ 回復期

- 急性期、回復期、維持期・生活期の医療機関等が、診療情報やリハビリテーションを含む治療計画等を共有し、治療を連携して実施する体制づくりを推進。
- 適切な経口摂取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。

オ 維持期・生活期

- 在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、かかりつけ薬局等の充実により、在宅又は介護施設での訪問診療や生活機能の維持・向上のための訪問リハビリテーションを実施し、医療介護連携体制を整備して、日常生活の継続を支援。
- 住み慣れた地域で脳卒中の各病期の治療を総合的に切れ目なく受けられるよう、医療機関等の機能分担及び連携、更には介護施設との連携を推進。

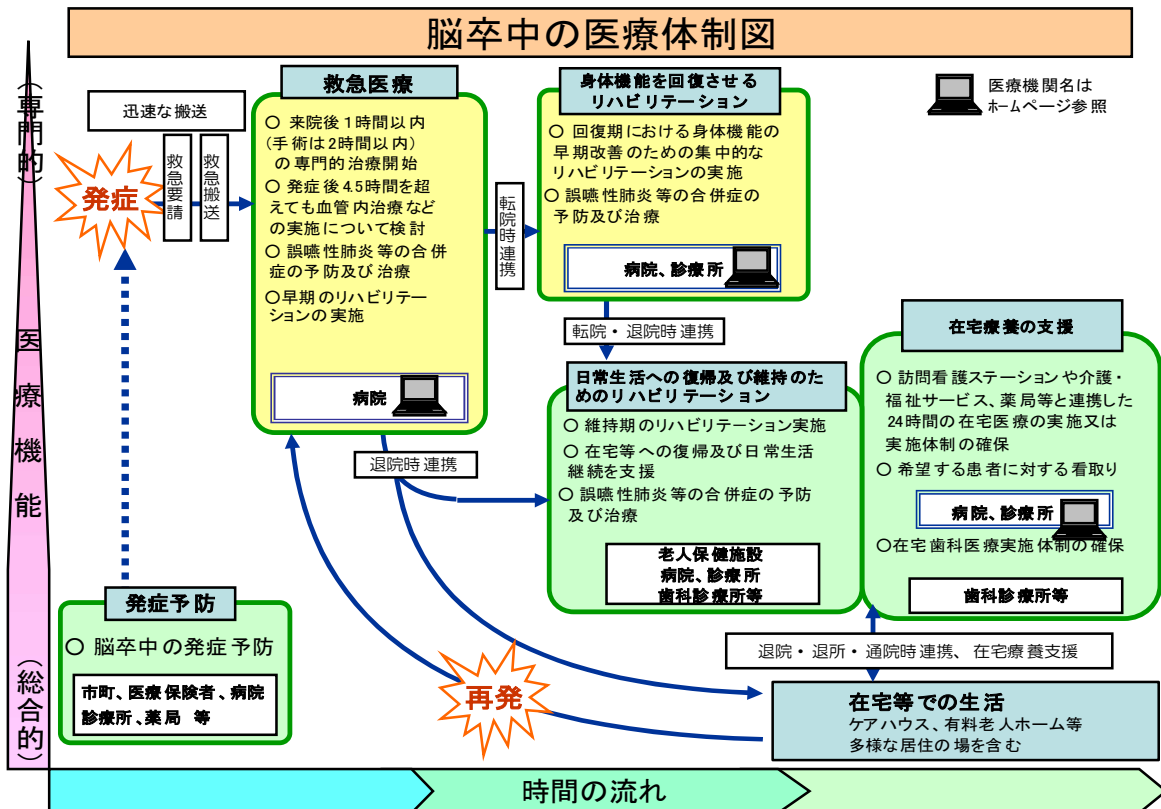
カ 再発・重症化予防

- 発症早期から患者及びその家族に、医師をはじめとする多職種チームが、脳卒中に関する現在の状態に応じた再発予防、今後のリハビリテーション、ライフスタイル、介護方法、利用可能な福祉資源等の情報提供を教育的に行う体制整備を推進。
- 身近なかかりつけ医の下で再発予防のために基礎疾患の治療及び危険因子の管理を続けるとともに、かかりつけ歯科医の下で口腔ケアによる誤嚥性肺炎の予防を推進。

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	○ 脳卒中中の発症予防	○ 脳卒中を疑われる患者を専門的な診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協議会の定めた活動プロトコルに沿って、脳卒中を疑われる患者に対する救急救命士等による適切な観察・判断・処置の実施 ・急性期医療を担う医療機関へ脳卒中を疑われる患者を迅速に搬送	・血液検査や画像検査(X線、CT、MRI検査)等の必要な検査を24時間実施(救急輪番制による対応を含む。) ・脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療の24時間実施(画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む。救急輪番制による対応を含む。) ・適応のある脳梗塞症例に対し、来院後1時間以内(もしくは発症後4.5時間以内)に組織プラスミノゲンアクチベーター(t-PA)の静脈内投与による血栓溶解療法を実施 ・脳出血やくも膜下出血等、外科的治療や血管内治療を必要と判断した場合には、来院2時間以内に治療を開始 ・呼吸管理、循環管理、栄養管理等の全身管理、及び合併症に対する診療 ・合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対応 ・リスク管理の下に早期座位・立位、関節可動域訓練、摂食・嚥下訓練、装具を用いた早期歩行訓練、セルフケア訓練等のリハビリテーションを実施 ・回復期(あるいは維持期、在宅医療)の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携	・再発予防治療(抗血小板療法、抗凝固療法等)、基礎疾患・危険因子の管理、及び抑うつ状態への対応 ・失語、高次脳機能障害(記憶障害、注意障害等)、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善及びADLの向上を目的とした、理学療法、作業療法、言語聴覚療法等のリハビリテーションを専門医療スタッフにより集中的に実施(回復期リハビリテーション病棟を保有、又は脳血管リハビリテーション科I算定医療機関) ・合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対応 ・急性期の医療機関及び維持期の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携	・再発予防治療(抗血小板療法、抗凝固療法等)、基礎疾患・危険因子の管理、及び抑うつ状態への対応 ・生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーションを実施 ・回復期(あるいは急性期)の医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携 ・合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対応 ・急性期の医療機関及び維持期の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携 ・摂食・嚥下リハビリテーションや専門的な口腔ケアを実施	・24時間体制で患者家族の要請による訪問診療又は訪問看護などを実施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

- 心血管疾患の危険因子（高血圧症、脂質異常症等）の啓発、危険因子の治療と生活習慣指導等の推進
- 発症後の早期治療、各病期を担う医療・介護関係者間連携の推進
- 患者の状態に応じた、切れ目のないリハビリテーションの推進

施策の方向性

ア 予防・啓発

- 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。
- 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 救護

- 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、自動体外式除細動器（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更に推進。

ウ 急性期

- 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。
- 今後入院が増加する高齢心不全患者は、合併症が起りやすく入院が長期化することが多いため、院内の内科系医師全体で診療し、必要時に循環器内科で専門的な治療や検査を施行するような体制づくりを検討。また、院内歯科との連携を推進。

エ 回復期

- 急性期、回復期、維持期・生活期の医療機関等が、診療情報やリハビリテーションを含む治療計画等を共有し、一貫した治療を連携して実施する体制づくりを推進。

オ 維持期・生活期

- 在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、かかりつけ薬局等の充実により、在宅又は介護施設での訪問診療や生活機能の維持・向上のための訪問リハビリテーションを実施し、医療介護連携体制を整備して、日常生活の継続を支援。
- 住み慣れた地域で急性心筋梗塞等の各病期の治療を総合的に切れ目なく受けられるよう、医療機関等の機能分担及び連携、更には介護施設との連携を推進。

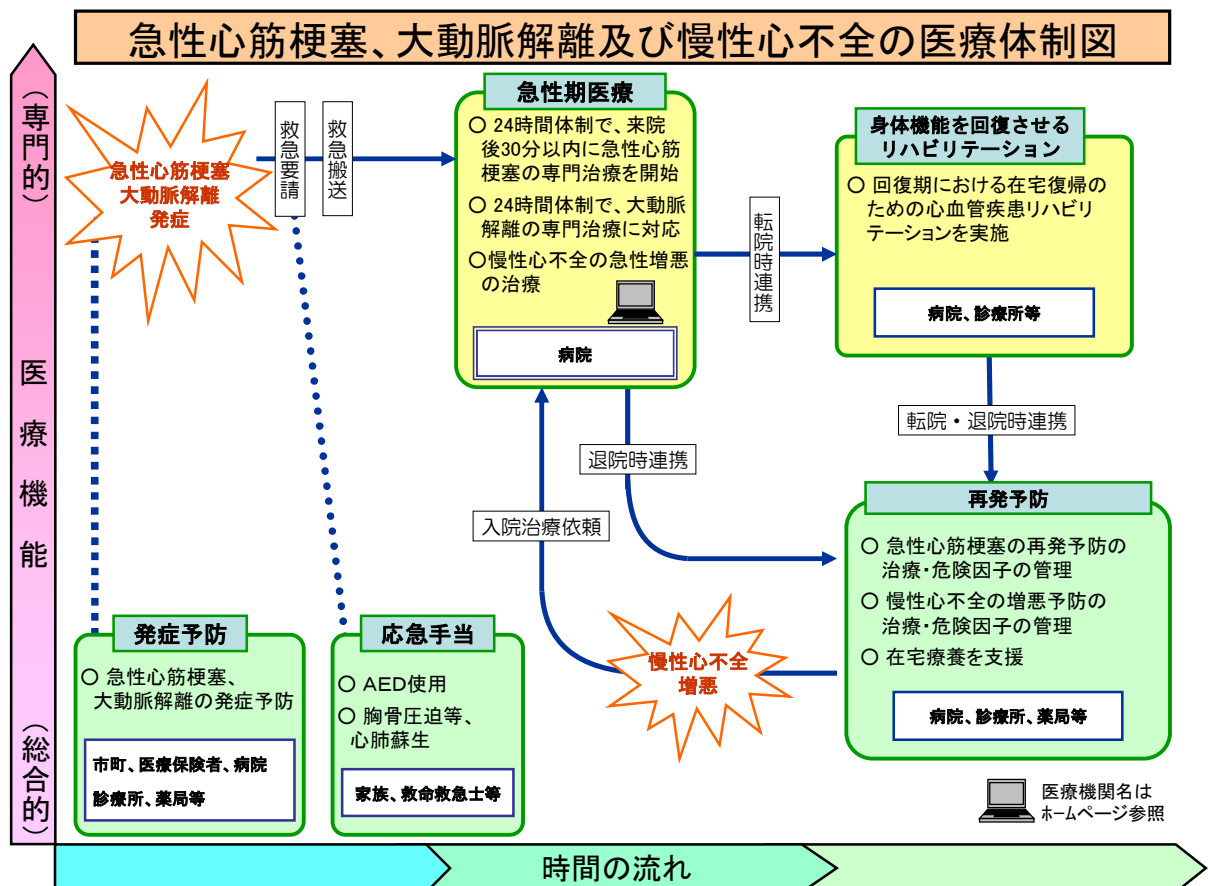
カ 再発・重症化予防

- 発症早期から患者及びその家族に、医師をはじめとする多職種チームが急性心筋梗塞及び大動脈瘤・解離に関する現在の状態から再発予防、今後のリハビリテーション、ライフスタイル等の情報提供を教育的に行う体制を推進。
- 動脈硬化は、う歯や歯周病との関連性があるため、心筋梗塞の予防・再発防止のためにもかかりつけ歯科医への定期受診を勧奨。

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	応急手当	救急医療	身体機能を回復させる リハビリテーション	再発予防
ポイント	○ 心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防	○ 専門的な診療が可能な医療機関への早期搬送	○ 24時間体制で、来院後30分以内に専門治療を開始 ○ 再発予防の定期的専門的検査を実施	○ 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを入院又は通院により実施 ○ 在宅等生活の場への復帰の支援	○ 再発予防の治療・危険因子の管理 ○ 患者に対し、再発予防などに関し必要な知識を教育 ○ 在宅療養継続の支援
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> ・市町、医療保険者による特定健診・保健指導の実施・受診勧奨 ・高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等の危険因子の管理 ・初期症状出現時に急性期医療を担う医療機関への受診勧奨 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族、救命救急士等による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、心臓力テール検査、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止しつつ、運動療法のみならず多面的・包括的なリハビリテーションを実施 ・抑うつ状態等の対応の実施 ・回復期（あるいは在宅医療）の医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携、またその一環として再発予防の定期的専門的検査を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応 ・心電図検査、電気的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 ・かかりつけ医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診と適切な治療及び静岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを活用した重症化予防のための保健指導の推進
- 初期・安定期治療、専門的治療、急性合併症治療及び慢性合併症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、保険者等と協力して特定健診の受診を促進、学校教育の場でも生活習慣病予防を啓発。
- 特定健診受診者の検査結果、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。
- 特定健診の結果に基づき、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、保険者等に研修実施や必要な助言支援等を実施。
- 糖尿病網膜症及び糖尿病性腎症の早期発見のため、かかりつけ医は定期的に慢性合併症の検査を実施。
- 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。

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 専門的治療・急性合併症治療、慢性合併症治療

- 初期・安定期治療を行う医療機関と専門的治療を行う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や治療計画の共有を推進。
- 静岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを活用し、重症化予防を推進。
- 高齢者糖尿病において、在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者等と医療機関との連携を推進。

エ 他疾患治療中の血糖管理

- 医療機関において関係する診療ガイドラインに準じた診療が行われるよう、糖尿病患者に対して適切な血糖値管理を行うための体制整備を推進。

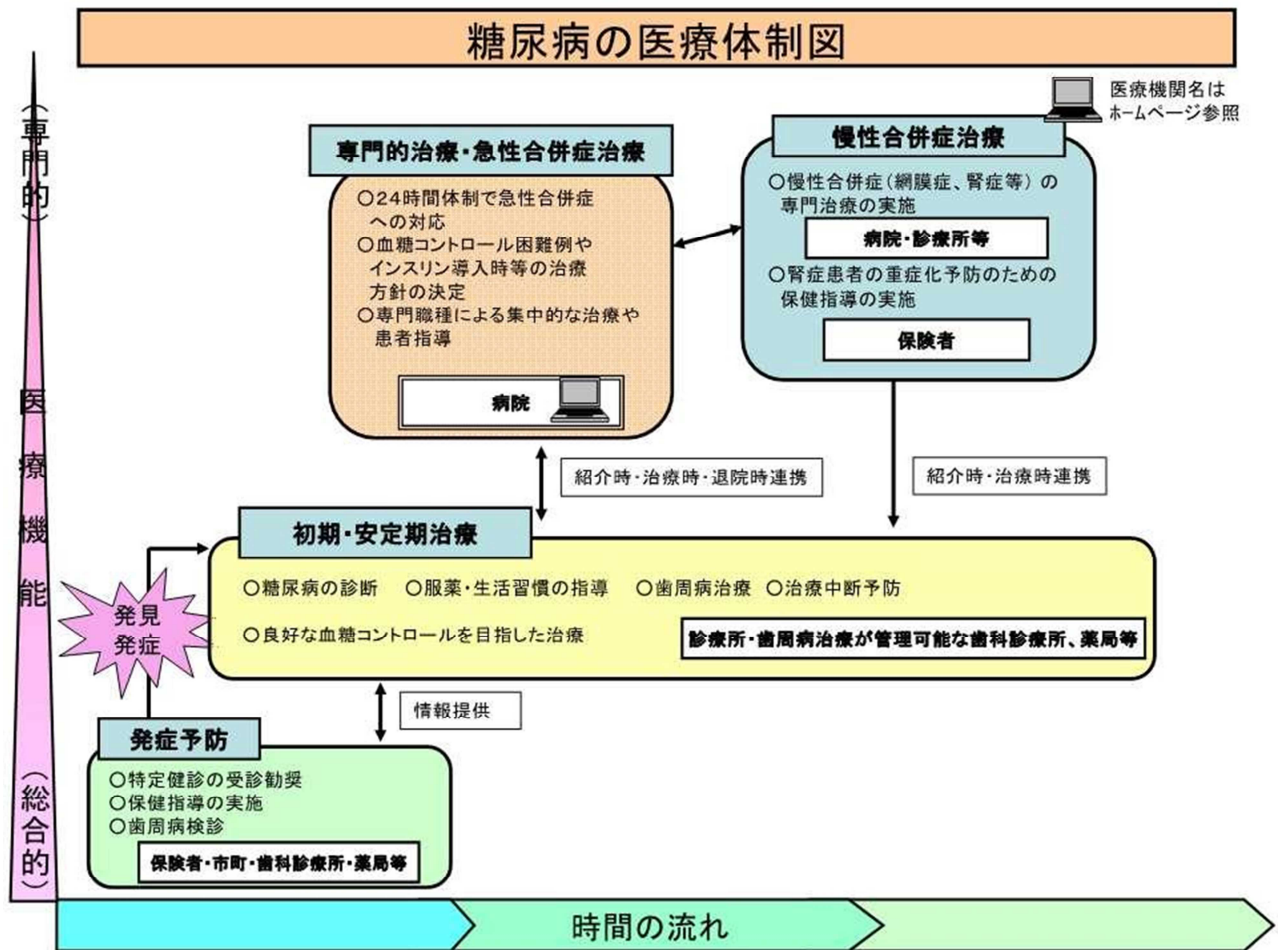
オ 地域との連携

- 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する機会を増加。
- 糖尿病の発症予防、重症化予防を行う市町、保険者等と医療機関（かかりつけ医）、歯科診療所、や薬局等と専門医療機関との情報共有や連携協力体制の構築を推進。

表 4-7 「糖尿病」の医療体制に求められる医療機能

	発症・合併症予防	初期・安定期治療	専門的治療・急性合併症治療・慢性合併症治療	他疾患治療中の血糖管理	地域との連携
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"> ○糖尿病の早期診断及び生活習慣の指導の実施 ○定期的な診察による良好な血糖コントロールを目指した治療 	<ul style="list-style-type: none"> ○多職種と連携した治療・生活指導の実施 ○急性合併症の治療を実施 ○慢性合併症の専門治療を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ○周術期、化学療法中、感染症治療中等の適切な血糖管理 	<ul style="list-style-type: none"> ○市町や保険者、歯科診療所、薬局との連携
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> ・医療保険者等による特定健診・保健指導の実施と受診勧奨 ・定期的な慢性合併症の検査の実施 ・歯周病の予防と早期発見 	<ul style="list-style-type: none"> ・急性増悪時や合併症の定期受診時に専門医療機関を紹介 ・治療継続の指導の実施 ・専門職種との連携による、食生活、運動習慣の指導の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・初期・安定期の治療を行う医療機関等と診療情報や治療計画の共有等による連携 ・高齢者糖尿病における、患者ごとの血糖コントロール目標の設定 ・急性合併症の専門的治療を24時間実施 ・糖尿病の慢性合併症の専門的な検査・治療を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・診療ガイドラインに準じた診療の実施 ・適切な血糖管理を実施するための体制整備 	<ul style="list-style-type: none"> ・市町や保険者が保健指導をするための情報提供の実施 ・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連携協力体制を構築

図 4-8 「糖尿病」の医療体制図



(5) 肝疾患

対策のポイント

- ウイルス性肝炎に関する正しい知識の普及と新規感染予防の推進
- 肝炎ウイルス検査の受検勧奨と検査陽性者に対する受診勧奨の推進
- 肝炎医療を提供する体制の確保と患者や家族等に対する支援の充実
- C型ウイルス性肝炎治療後のフォローアップの推進
- 非ウイルス性肝疾患対策の取組の推進

施策の方向性

ア 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

- ウイルス性肝炎の病態や感染経路等に関する県民の理解を深め、ウイルス性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し、肝炎医療コーディネーターと連携し、職域における肝炎ウイルス検査の受検勧奨と検査陽性者に対する受診勧奨を推進。

ウ 肝疾患医療を提供する体制の確保

- 肝疾患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、地域肝疾患診療連携拠点病院、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 ウイルス性肝炎患者等及びその家族に対する支援の充実

- ウイルス性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。

オ 脂肪肝等の予防啓発とALT高値者に対する受診勧奨及び相談支援や情報提供

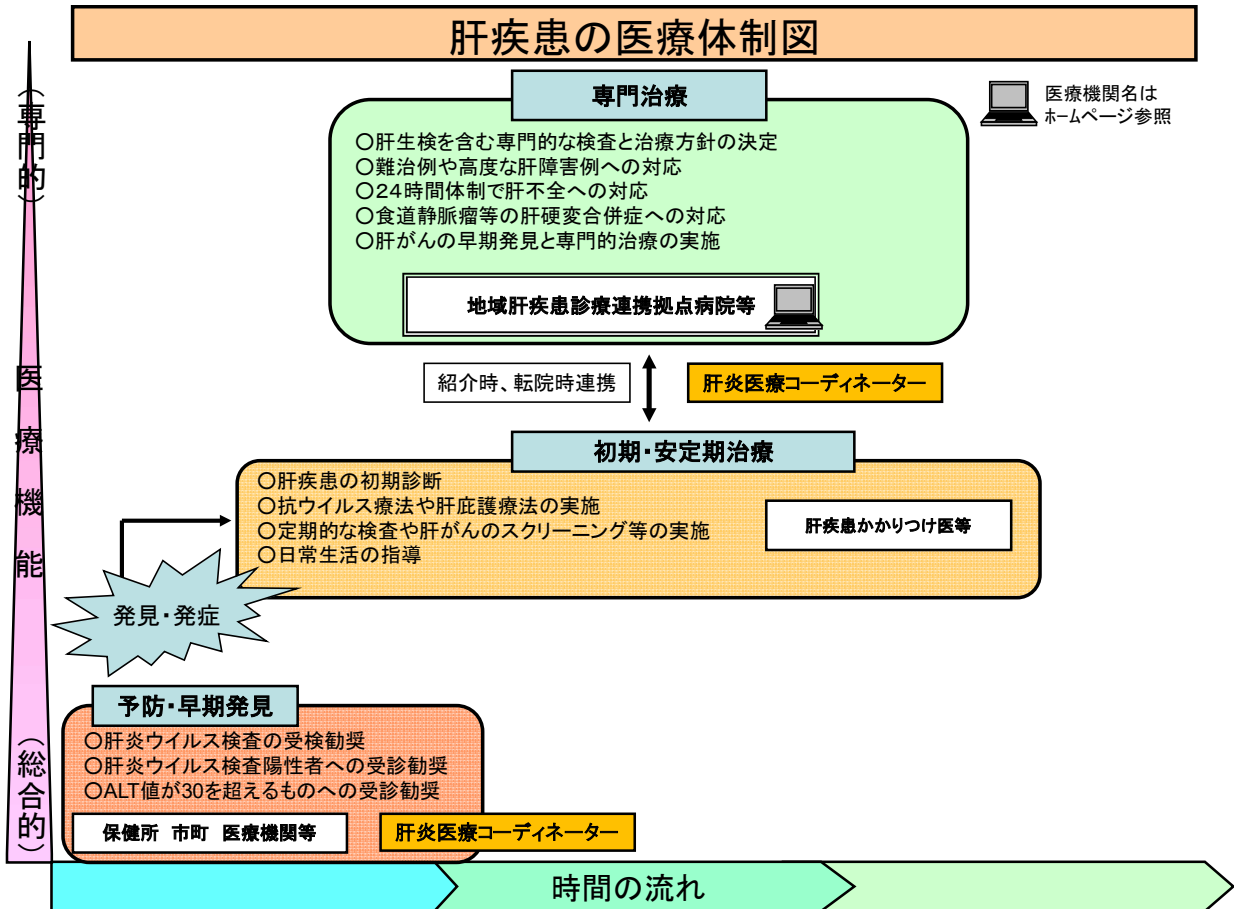
- 脂肪肝等の非ウイルス性肝疾患の原因や病態に関して普及啓発し、新規のり患を予防。
- 早期発見のため、健康診断でALT値が30を超えている場合は、肝炎から肝硬変や肝がんへの進展が予防予防できるよう、市町や職域と連携して推進。

表 4-8 「肝疾患」の医療体制に求められる医療機能

肝疾患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 ○ALT値が30を超えるものへの受診勧奨 	<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を図る ・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 「肝疾患」の医療体制図



(6) 精神疾患

対策のポイント

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

施策の方向性

ア 精神疾患に関する普及啓発・相談支援

- 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。
- 精神保健福祉センターや保健所で、精神保健福祉に関する電話相談や対面での相談会を実施、精神科医療機関や地域援助事業者、市町などと連携し、医療機関や相談機関を紹介するなど早期治療や早期介入に向けた相談支援の体制づくりを推進。
- 精神保健福祉法の改正により、市町に対する技術的な支援を行い、市町の相談支援体制の充実を図る。

イ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（地域移行・地域定着の推進）

- 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市町の協体制度を強化し、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。
- 急性増悪時には、精神科病院や診療所、訪問看護事業所等と連携して、訪問診療や訪問看護など、身近な地域で医療や福祉サービスを受けやすい体制の整備を促進。

ウ 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。

エ 精神科救急体制・身体合併症

- 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。
- 身体合併症の入院治療を必要とした場合に総合病院等において一般科医師と精神科医師が診療情報や治療計画を共有し診療に対応する体制を構築。

オ 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。
- 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。

カ 災害時及び新興感染症発生・まん延時における精神医療

- 災害時に安定した精神医療を提供できる体制を確保するため、訓練・研修等を通じて、災害拠点精神科病院、DMAT、DPAT及びその他関係機関との連携強化。

キ 医療観察法における対象者への医療

- 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。

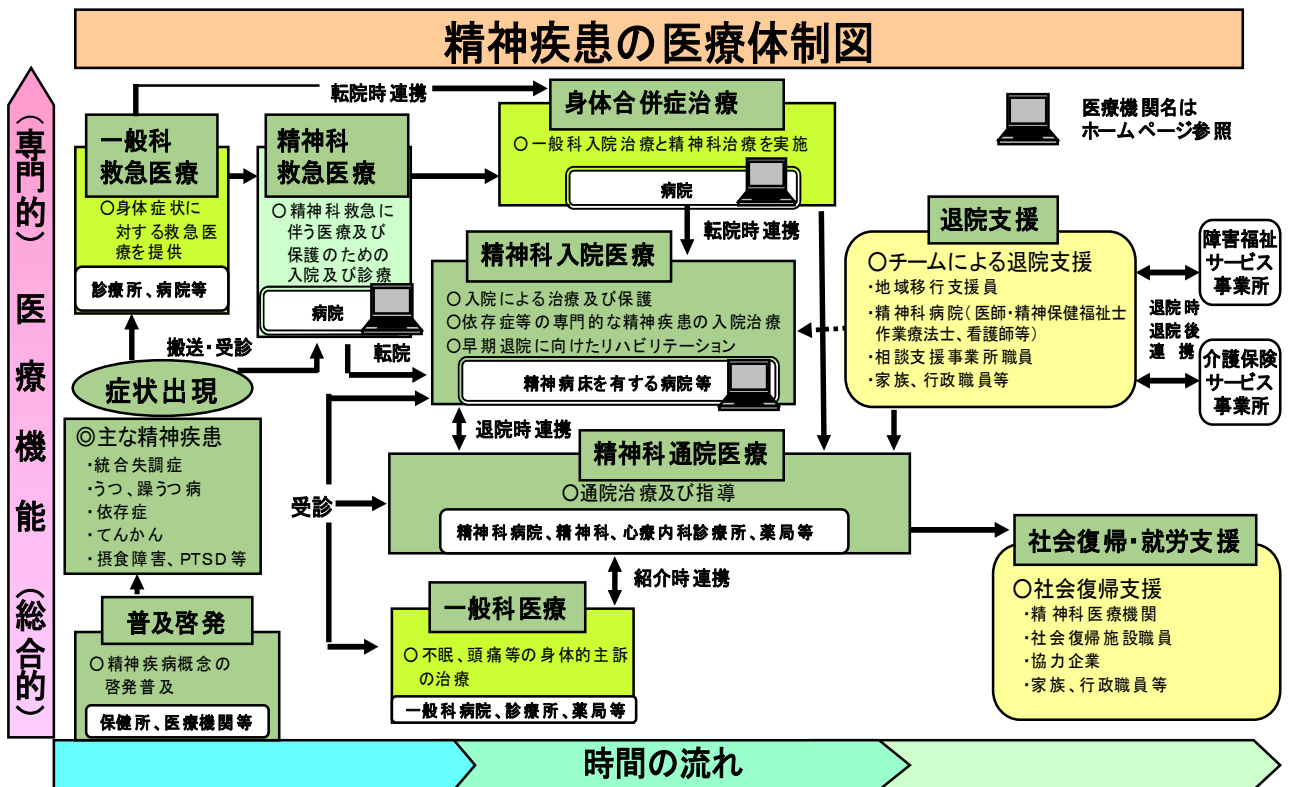
ク 隔離・身体的拘束の最小化

- 隔離・身体的拘束など行動制限を行う際には、特に患者の人権に配慮することが求められるため、実地指導等を通じて行動制限基準（国告示）の遵守徹底を図るほか、実践事例を共有するなど、行動制限の最小化に向けた取組を支援。

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

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県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、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いて、地域連携薬局を中心に調剤体制を推進。

(イ) 第2次救急医療（入院救急医療）

- 市町が地域の関係機関と協力して体制の確保・充実。市町と連携した必要な施設・設備の整備、拡充。
- 増加が見込まれる高齢者患者対応をはじめ、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）

- 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・ドクターカー

- 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。安全かつ安定的な運行の支援。
- ドクターカーの運用状況を把握するとともに、国が示すマニュアル等を基に、救急医療体制の一部に位置づけることの有効性や、より効率的な活用方法を検討。

(オ) 救急医療を担う人材の確保・働き方改革

- 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。

エ 県民の受療行動

- 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。

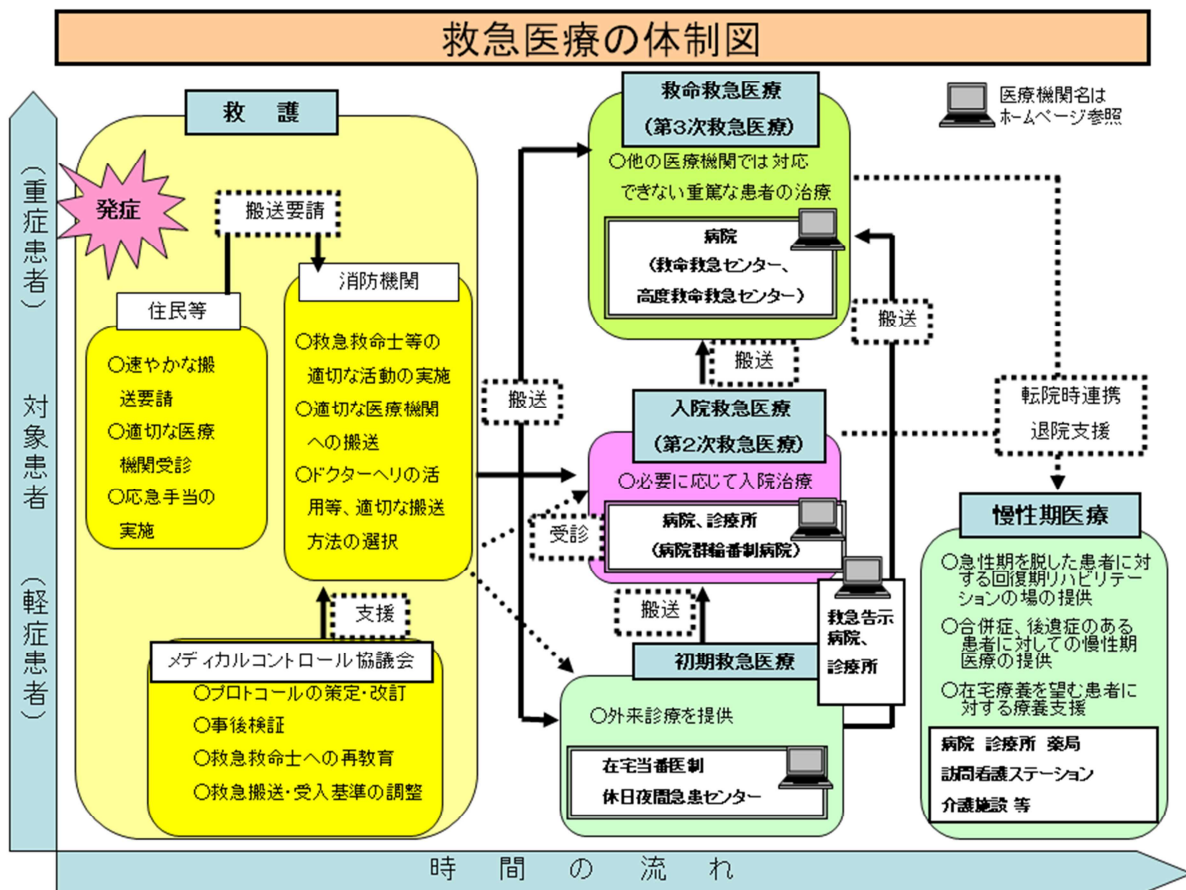
オ 新興感染症の発生・まん延時における救急医療

- 救急外来の需要が急増した際にも、通常の救急医療と両立できるような体制の構築を検討。

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 (第2次救急医療)	救命救急医療 (第3次救急医療)	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	○高齢者救急をはじめ初期診察や入院治療を実施	○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・夜間の急病患者の処方箋調剤を実施 	【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・夜間に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・ドクターカー】 <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れ 			

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

- 病院の機能や地域における役割に応じた医療提供体制を整備するため、地域の実情に応じて災害拠点病院の指定を積極的に推進し、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。
- 災害精神医療においては、災害拠点精神科病院を中心として、地域医療連携体制を構築。

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

- J M A T や保健師等の連携体制整備により、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

- 原子力災害拠点病院等の医療機関や医師会、消防等の関係機関と連携し、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。
- P A Z 圏内の住民への安定ヨウ素剤の事前配布を継続的に実施。

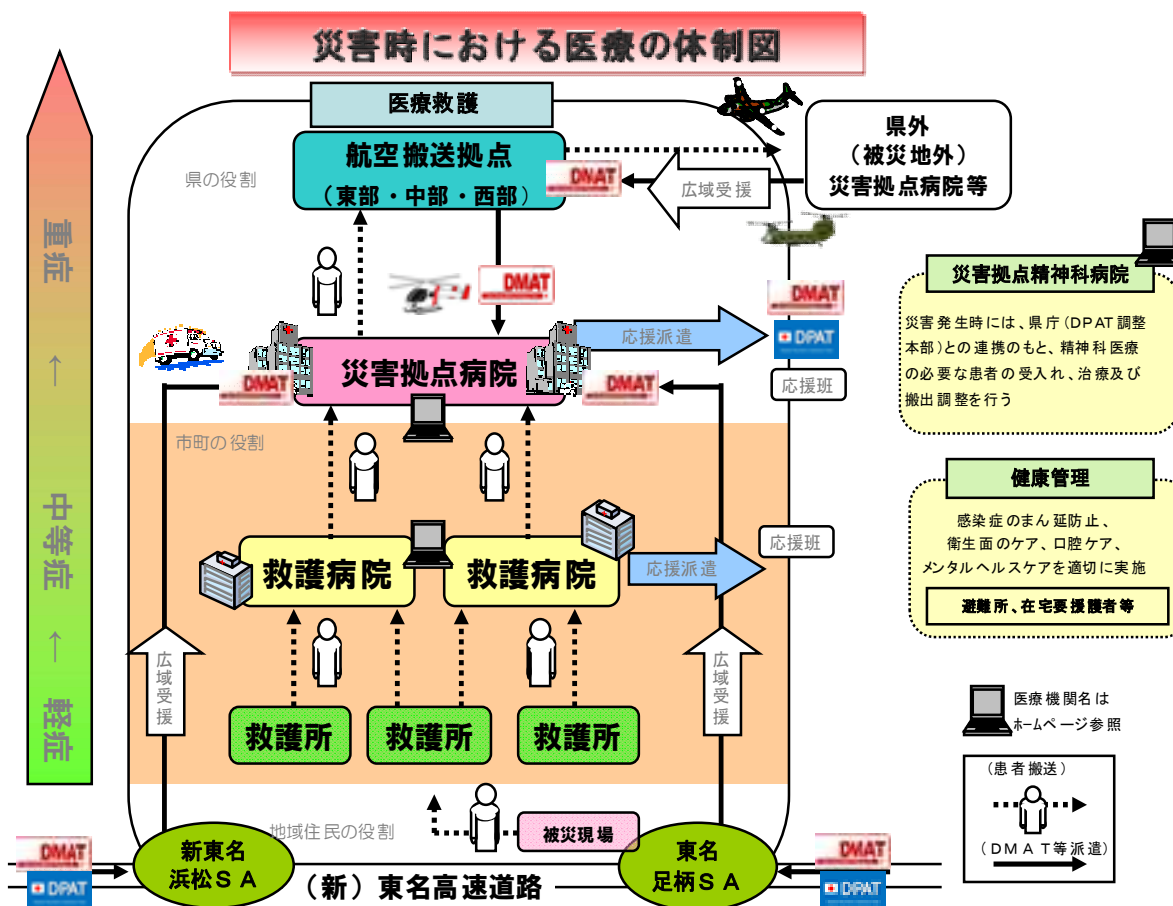
ケ その他

- 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

	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】	【災害拠点精神科病院】					
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	○精神疾患患者の受入れ ○広域搬送のための一時的避難所 ○DPAT受入れ ○DPAT派遣 ○業務継続計画に基づく診療機能の早期回復	○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、メンタルヘルスケアを適切に実施
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	・被災した精神科病院等の精神疾患を有する患者の受入れ ・広域搬送のための一時的避難所 ・DPATの受入れ及び派遣 ・業務継続計画に基づき、被災後、早期に診療機能を回復	・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、自衛隊機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需給調整（保健所長業務の補充） ・災害医療コーディネーターによる救護所等への薬剤師の応援の調整	【DMAT/DPAT指定病院】被災地に迅速に駆けつけ、救急治療や精神科医療を行うための専門的な訓練を受けた医療チーム（DMAT/DPAT）を保有する病院 【応援班設置病院】県外大規模災害発生時に医療救護チームを編成するための応援班を設置する病院	・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 ・災害医療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、メンタルヘルスケアを実施 ・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) 新興感染症の発生・まん延時医療

対策のポイント

- 新興感染症等の感染拡大における医療提供体制の確保
- 新興感染症等の感染拡大に備えた平時からの医療連携体制の構築
- ふじのくに感染症管理センターの司令塔機能の確立

施策の方向性

ア 新興感染症等に係る医療を提供する体制の確保

- 新興感染症の発生から感染拡大までの各段階を想定した上で、病床確保、発熱外来確保、自宅療養者等への医療提供、後方支援及び医療人材派遣について、医療機関と医療措置協定を締結。
- 救急要請があった患者等の搬送に関して、消防機関と保健所の役割分担を整理し、必要に応じて協定を締結。
- ワクチン接種体制の確保について、新型コロナワクチン接種対応の記録やマニュアル整備、郡市医師会及び各医療機関との定期的な連携等を、市町へ働きかける。

イ 静岡県感染症対策連携協議会による平時からの関係者との連携推進

- 保健所設置市、感染症指定医療機関、診療に関する学識経験者の団体、消防機関その他の関係機関を構成員とする静岡県感染症対策連携協議会を設置し、予防計画の策定や進捗の確認、構成する機関の連携の緊密化を図る。

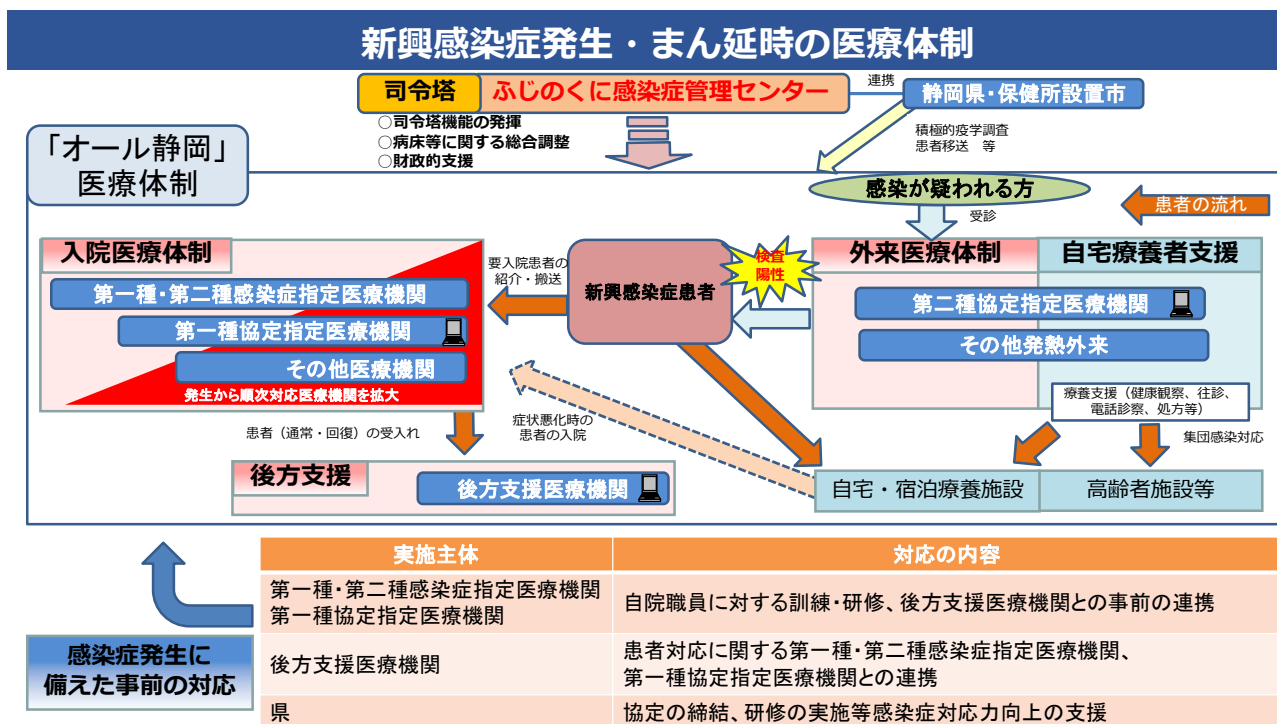
ウ ふじのくに感染症管理センターの司令塔機能の確立

- 新興感染症等の発生に備えるべく、感染症に関する県研修、検査、相談業務等、県内の感染症対策を総括的に担う拠点施設としてふじのくに感染症管理センターを設置。
- 情報プラットフォームを構築し、保健所・医療機関等関係機関の業務効率化、情報の共有化と感染状況分析等のため、業務のデジタル化とデータ管理を一元化します。また、県民が感染症に関する正しい情報を得るとともに、感染症に関するデータを活用することのできる環境を整備。
- 研修等により、医療機関や福祉施設において、感染対策を講ずることのできる人材を育成し、標準的な感染予防策の徹底や、感染症発生時の施設内のまん延防止対策が行えるよう、県全体の感染対策の底上げを目指す。

表 4-12 新興感染症の発生・まん延時に求められる医療機能

	病床確保	発熱外来	自宅療養者等への医療提供	後方支援	医療人材派遣
ポイント	○新型コロナの規模に対応				
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> ○新興感染症患者の入院受入れ ○まずは第一種・第二種感染症指定医療機関で対応し、その後医療措置協定を締結した医療機関で対応 ○院内感染対策の適切な実施 ○自院の医療従事者への訓練・研修の実施 ○重症用病床の確保 	<ul style="list-style-type: none"> ○新興感染症患者の発熱外来の受入れと検査 ○院内感染対策の適切な実施 	<ul style="list-style-type: none"> ○自宅療養中の新興感染症患者への医療の提供 ○自宅療養者等が症状悪化した場合に入院医療機関等へ適切につなぐこと ○感染対策の適切な実施 ○医療従事者の福祉施設への往診・派遣 	<ul style="list-style-type: none"> ○新興感染症患者以外の患者の受入れと感染症から回復後に入院が必要な患者の受入れ ○通常医療の確保のため、特に流行初期の感染症以外の患者の受入れや感染症から回復後に入院が必要な患者の転院の受入れ 	<ul style="list-style-type: none"> ○感染対策の指導等の実施 ○医療人材派遣の協定締結医療機関は、感染症対応力を高めるため、自機関の医療従事者への訓練・研修の実施

図 4-13 新興感染症の発生・まん延時の医療体制図



(10) 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及び医学修学研修資金貸与者の配置、関係機関連携による医師確保・定着を促進。医学生や中高生を対象としたセミナー等を開催し、地域医療やへき地医療への動機付けを実施。
- 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。
- 地元市町等と連携した人材確保を含め、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。
- 遠隔医療を実施している医療機関の現状や市町の介入状況を市町等に共有するとともに、オンライン診療を行う医療機関の情報通信機器の整備を支援。
- 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。
- 無医地区の医療を確保するため、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。

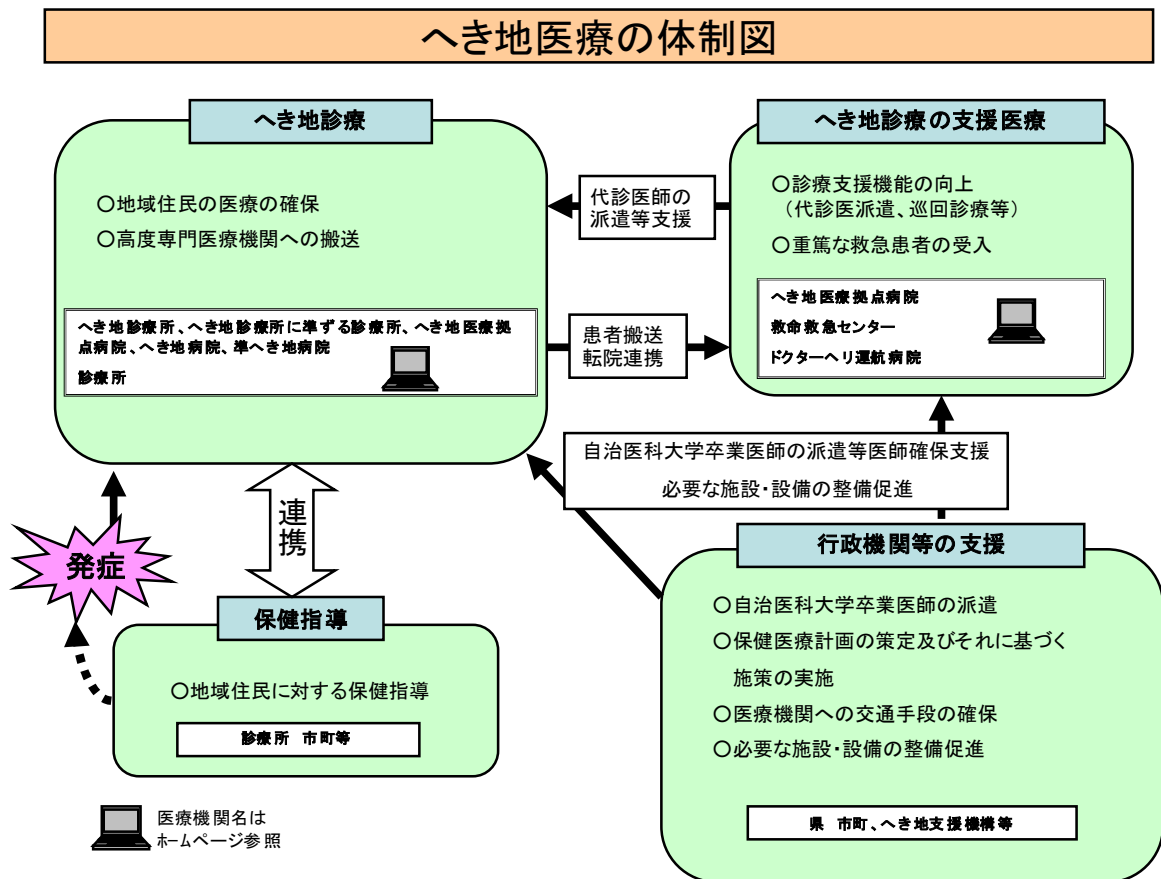
ウ 計画の推進

- 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 4-13 「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 ・保健所及び最寄り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 ・巡回診療の実施	【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 ・定期的な患者輸送 ・ドクターヘリによる救急搬送

図 4-14 「へき地の医療」の医療体制図



(11) 周産期医療

対策のポイント

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

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、総合周産期母子医療センターや地域周産期母子医療センターへの支援や地域における周産期医療施設の機能分担による施設間の連携等、地域の実状に即した持続可能な医療体制を各地域で検討。
- 産科救急患者の受入を担い、総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターの負担を軽減する機能を有する産科救急受入医療機関を支援。

イ 周産期医療従事者の確保及び育成

- 魅力ある研修プログラムを提供し、専門医の養成を図る。
- 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。
- 周産期医療従事者の専門的知識習得、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、人材養成支援を実施。

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に応じて効率的にNICUが運営されるよう、必要な施設、設備及び運営に対する支援を実施。

エ 産科救急搬送受入体制

- 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。
- 県立こども病院を中心に、新生児の専門医が、オンラインで診療支援を行う体制を整備し、地域の医師の負担軽減を図るとともに、新生児に対する医療提供体制を確保。

オ 災害時及び新興感染症の発生・まん延時における周産期医療

- 災害時小児周産期リエゾン養成、情報伝達方法について訓練を実施し、体制を整備。

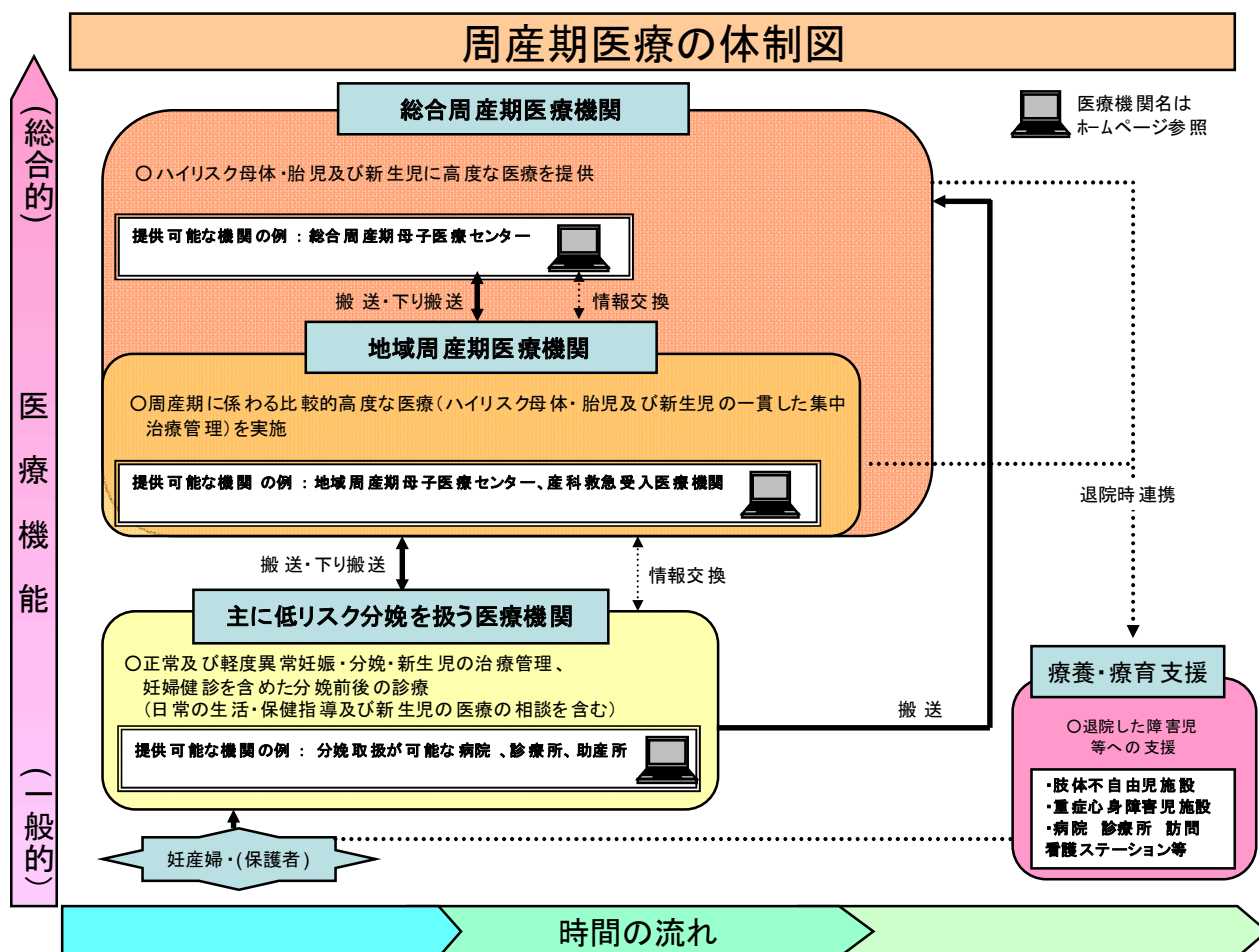
カ 妊婦及び新生児のケアの充実

- 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 4-14 「周産期医療」の医療体制に求められる医療機能

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

図 4-15 「周産期医療」の医療体制図



(12) 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
- 医療機関の役割分担と連携による地域における小児医療体制整備

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。
- 臨床研修医向けの小児科研修会の開催などの実施により小児科を目指す医師を増加。
- 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。
- 小児慢性特定疾病児等に対して成人後も必要な医療等を切れ目なく提供するため、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

- 子どもに人気のキャラクターを活用した啓発資材の作成、市町等関係機関との連携により効果的な広報を行い、認知度を向上。
- より多くの相談件数に対応できるよう、相談体制改善の必要性を適宜検討。

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。小児救急リポート指導医相談支援事業などにより、第2次小児救急医療機関の指導医の負担軽減を図り、小児救急医療体制を確保。
- 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 医療的ケア児等

- 重症心身障害児が受診できる身近な診療所について、情報提供することで、当事者家族等が医療を受けやすい環境を整備。
- 医療的ケア児等が適切な医療・福祉サービスが受けられるように、医療及び福祉・介護等のエキスパート及び医療、福祉等の各種支援を総合的に調整する医療的ケア児等コーディネーターの養成等を実施。
- 医療的ケア児等が住み慣れた地域で安心して暮らすため、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 災害時及び新興感染症の発生・まん延時における小児医療

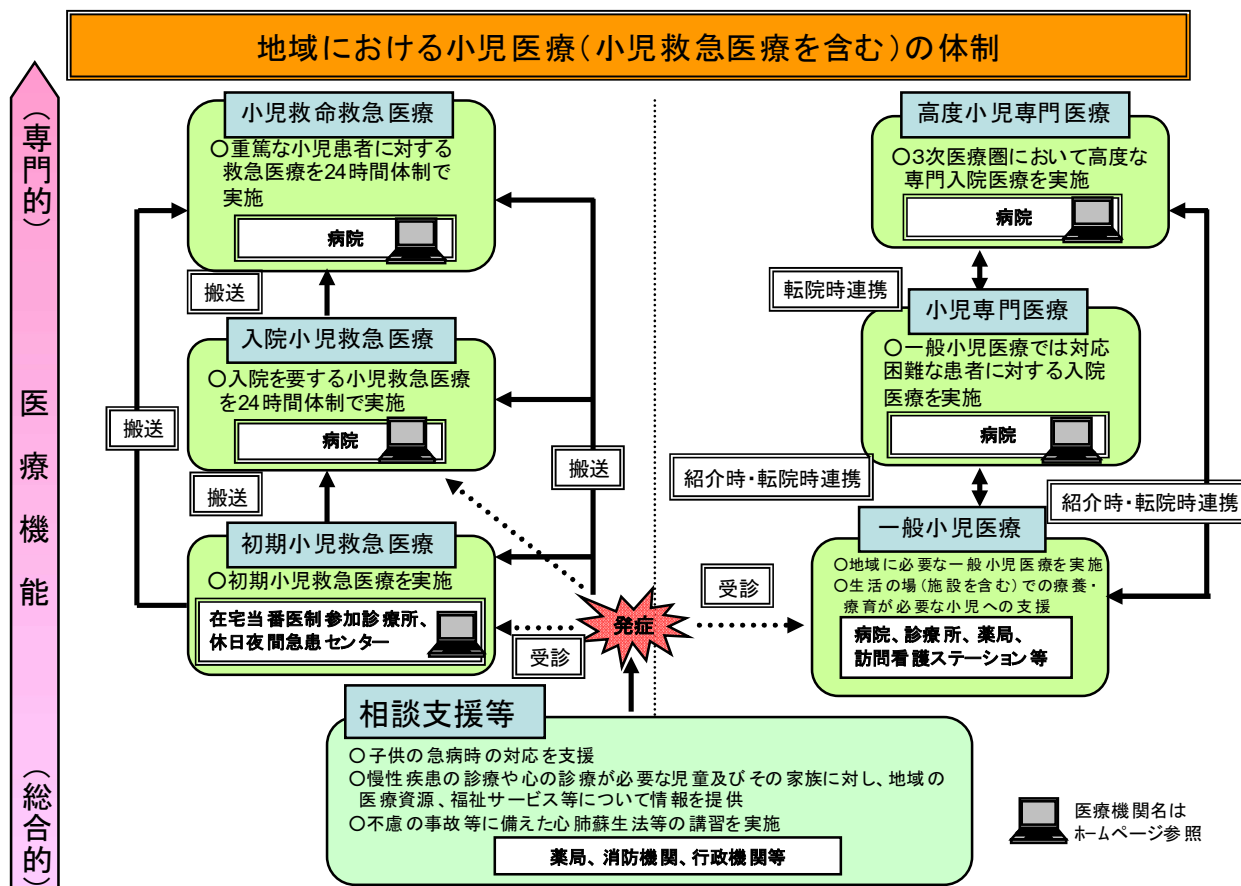
- 災害時小児周産期リエゾンの養成、研修・訓練の実施による連携体制の強化。

表 4-15 「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 ○慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療資源、福祉サービス等について情報を提供 ○不慮の事故等に備えた心肺蘇生法等の講習の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ○初期小児救急医療を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ○入院を要する小児救急医療を24時間体制で実施 	<ul style="list-style-type: none"> ○重篤な小児患者に対する救急医療を24時間体制で実施 	<ul style="list-style-type: none"> ○地域に必要な一般小児医療を実施 ○生活の場(施設を含む)での療養・療育が必要な小児への支援 	<ul style="list-style-type: none"> ○一般小児医療では対応困難な患者に対する入院医療を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ○3次医療圏において高度な専門入院医療を実施
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> ・住民等への電話相談事業の周知や救急蘇生法等の適切な処置の講習を実施 ・消防機関等による心肺蘇生法や不慮の事故予防の指導や適切な医療機関への適切な搬送 ・小児救急電話相談事業の実施、慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療福祉サービス等についての情報を提供 	<p>【在宅当番医】</p> <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 <p>【休日夜間急患センター】</p> <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 	<p>【入院小児救急医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初期救急の後方病院として、休日・夜間に入院医療を必要とする重症患者の受入れ 	<p>【小児救命救急医療機関】</p> <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。 <p>【救命救急センター】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高度な医療施設とスタッフを備え、24時間体制で重篤な小児患者に対する治療を実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ・一般的な小児医療に必要なとされる診断・検査・治療を実施 ・軽症の入院診療を実施(入院設備を有する場合) ・療養・療育が必要な小児に対する支援 ・医療、介護及び福祉サービスの調整 ・慢性疾患の急変時や専門医療を担う地域の医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携 	<ul style="list-style-type: none"> ・一般の小児医療機関では対応が困難な患者や、全身管理、呼吸管理等、常時監視や治療の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、先天性消化器奇形、口唇口蓋成形手術、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 4-16 「小児医療」の医療体制図



(13) 在宅医療

対策のポイント

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

施策の方向性

ア 多職種連携

- 在宅医療を実施するかかりつけ医の養成や、地域の多職種連携のための人材や在宅
医療・介護連携コーディネーターの確保及び養成。
- 「シズケア＊かけはし」を活用した、関係者での患者の医療情報や介護サービス情
報等の共有と、多職種連携の強化及び入退院調整の円滑化。
- ケアマネジャーが介護予防の段階から、訪問看護等の在宅医療及び多職種連携の必
要性を適切に判断できるような知識、技術を身につけられる研修会等の実施。

イ 県民への理解促進

- 市町や地域包括支援センターと連携し、普及啓発（シンポジウム、講演会等の開催）
や在宅医療に関する相談窓口の周知などにより在宅医療への理解を深める。

ウ 在宅医療の充実に求められる機能

(ア) 入退院支援

- 外来通院時や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、入退
院調整機能強化、関係者の密接な連携体制を構築。

(イ) 日常の療養支援

- 研修会等の実施により在宅医療に取り組む医師等の確保を推進。
- 患者の療養を支える家族の負担軽減につながるよう、患者が利用可能な在宅サービスの周知。
- 地域包括支援センターの相談体制を充実し、介護者へのメンタルヘルスケアを推進。
- 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。
- 認知症サポート医の養成等による認知症対応力の向上を促進。
- 訪問リハビリテーションを行う専門職等によるリハビリテーション提供体制の強化。

(ウ) 急変時の対応

- 近隣の病院や診療所、訪問看護ステーション、薬局等との連携により、病状急変時
に対応できる体制を確保。
- 在宅患者の病状が急変した際に、受入れを行うことのできる在宅医療において積極
的役割を担う医療機関等の体制の整備。

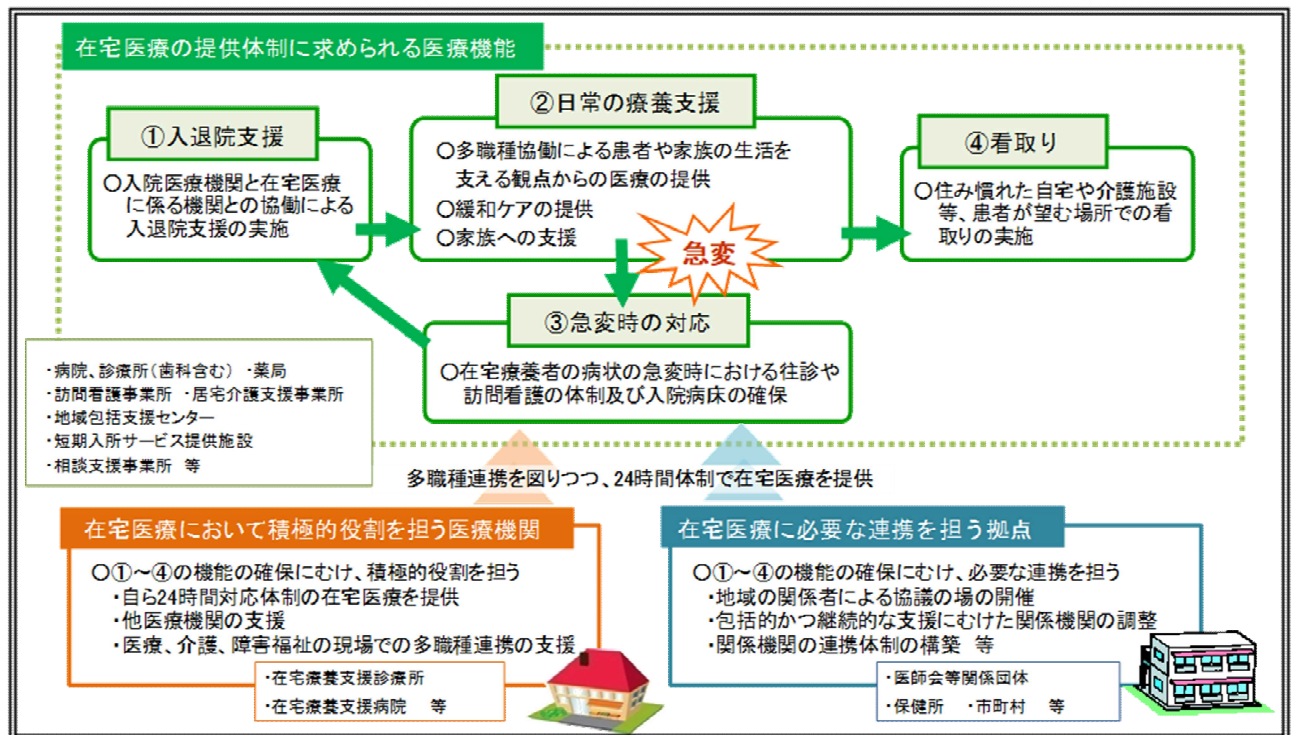
(エ) 在宅での看取り

- 人生の最終段階における患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを
行うことができる体制を構築するため住民への普及啓発や医療機関等に対しての研
修会を開催。在宅看取りを実施する病院・診療所及びターミナルケアを行う訪問看
護ステーション、薬局の充実を図る。
- 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。

表 4-16 「在宅医療」の医療体制に求められる医療機能

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

図 4-17 「在宅医療」の提供体制イメージ



余白

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の現状

- 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。
- 厚生労働省では、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を検討し、「高齢者の医薬品適正使用の指針」をとりまとめ、日本老年医学会から「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」が公表される等、適正使用に関する更なる取組を進めています。
- 厚生労働省は、2015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。
- 市町は、レセプト情報を基に被保険者の服薬情報等を把握し、重複服薬者・重複受診者に対する服薬情報の通知や訪問指導等を実施していますが取組状況は市町によって異なります。
- 重複・多剤投薬の防止や残薬解消などが求められており、患者の薬物療法の安全性・有効性向上のほか、医療費の適正化にも資する、「かかりつけ薬剤師・薬局」による服薬情報の一元的・継続的把握等が可能となるよう環境整備を進める必要があります。
- 厚生労働省では、重複投薬等の確認を可能とする電子処方箋の導入を進めています。

(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。また、患者・家族や県民に対し、「かかりつけ薬剤師・薬局」の有用性について広く情報提供します。
- 2016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。
- 「高齢者の医薬品適正使用の指針」における取扱いを踏まえ、医薬品の適正使用に係る施策を推進します。
- 市町の優れた取組に関する情報を提供するなどして市町による取組を支援します。

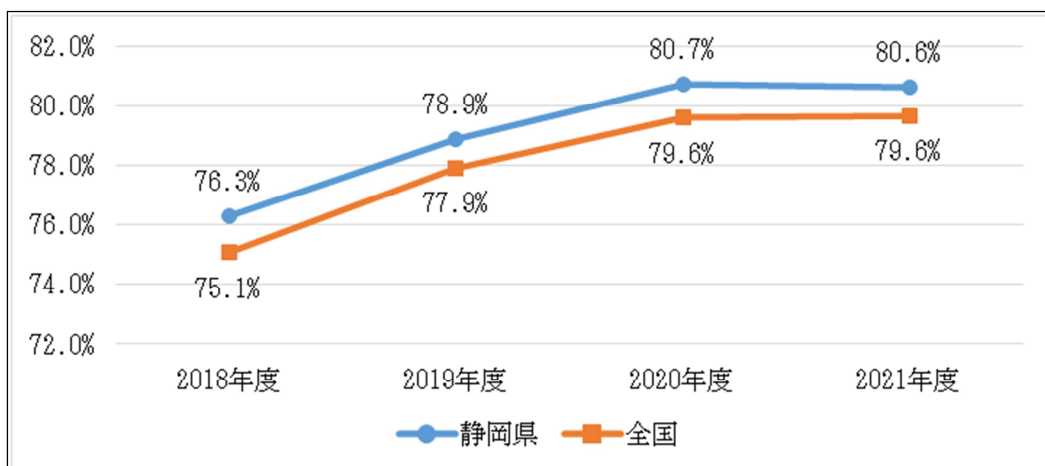
- 新規指定保険薬局・保険薬剤師を対象とした集団指導（東海北陸厚生局静岡事務所と共同実施）等において、「かかりつけ薬剤師・薬局」に対する評価を含む調剤報酬制度の説明を行い周知を図ります。
- 重複投薬等の確認を可能とする電子処方箋のメリットの周知等も含め、重複投薬の是正に関する普及啓発に努めます。

2 後発医薬品及びバイオ後続品の使用推進

(1) 後発医薬品の現状

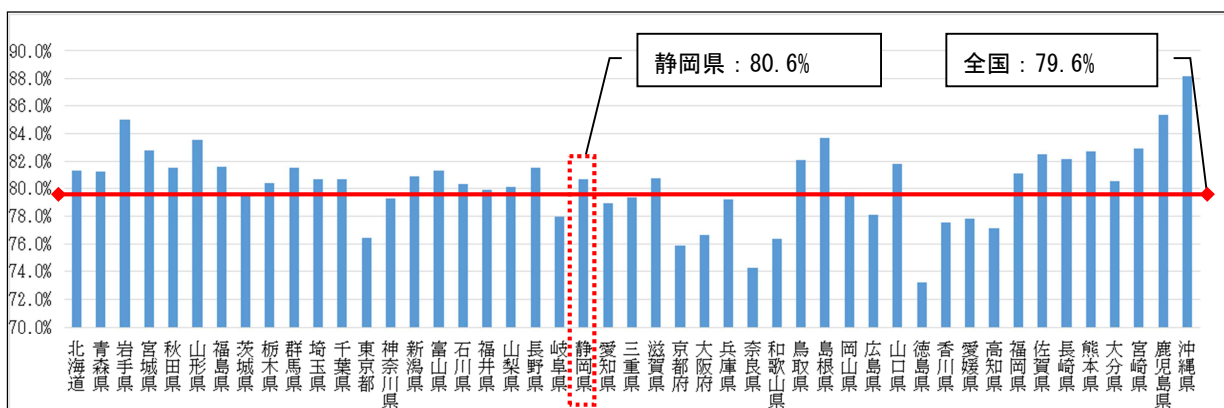
- 後発医薬品（ジェネリック医薬品）は、先発医薬品の特許終了後に、先発医薬品と品質・有効性・安全性が同等であるものとして厚生労働大臣が製造販売の承認を行っている医薬品です。
- 一般的に開発費用が安く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が低くなっており、後発医薬品の普及は医療費の効率化を通じて、医療費資源の有効活用を図り、国民医療を守ることに繋がります。
- 後発医薬品については、その使用割合は数量ベースでは現行の目標である 80%に達している都道府県もある一方で、金額ベースではまだ低い水準にあることや、供給不安が続いているといった課題がある中で、国は、今後、骨太方針 2021 の「後発医薬品の数量シェアを、2023 年度末までに全ての都道府県で 80%以上とする」という政府目標を、金額ベース等の観点を踏まえて見直すこととしています。
- 都道府県においては、第四期都道府県医療費適正化計画における後発医薬品の使用促進に関する数値目標を、新たな政府目標を踏まえ、2024 年度に設定することが考えられるとされています。
- 近年、感染症の流行や、医薬品の出荷停止や限定出荷などの要因により、医療機関等の需要と医薬品製造業者の供給のバランスが崩れてしまうことがあります。
- 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 2022 年度の調剤医療費は 7 兆 8,821 億円で、薬剤料は 5 兆 6,908 億円、薬剤料のうち、後発医薬品は 1 兆 1,256 億円となっています。
- 本県における 2022 年度の調剤医療費は 2,154 億円で、薬剤料は 1,530 億円、薬剤料のうち、後発医薬品は 322 億円となっています。
- 厚生労働省から提供された NDB データによると、全国における 2021 年度の後発医薬品割合（数量ベース）は 79.6%で、2013 年度以降は上昇を続けてきましたが、前年度からは横ばいとなっています。
- 本県における 2021 年度の後発医薬品割合（数量ベース）は 80.6%で、全国の動向と同様に上昇を続けていますが、前年度からは 0.1 ポイントの減となっております。また、全国で 24 番目に高い割合となっています。

図4-18 後発医薬品使用割合（数量ベース）年度別推移



資料：厚生労働省「医療費適正化計画関係のデータセット（2021年度診療分のNDBデータ）」

図4-19 都道府県別にみた2021年度後発医薬品使用割合（数量ベース）

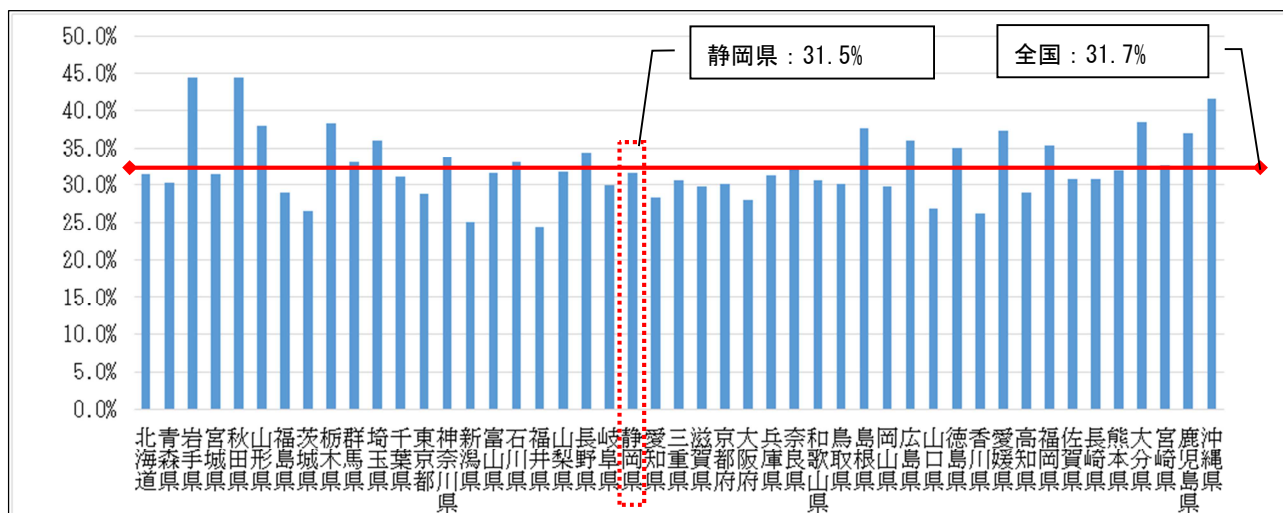


資料：厚生労働省「医療費適正化計画関係のデータセット（2021年度診療分のNDBデータ）」

(2) バイオ後続品の現状

- バイオ後続品（バイオシミラー）は、先発バイオ医薬品とほぼ同じ有効性及び安全性を有し、安価であり、後発医薬品と同様に医療費適正化の効果を有することから、その普及を促進する必要がありますが、品目により普及割合が異なり、その要因は多様とされています。
- 厚生労働省は、バイオ後続品への移行状況については成分ごとにばらつきがあり、全体では後発医薬品ほどは使用が進んでいないため、2023年度に実態調査等を行い、その結果を踏まえて、成分ごとのバイオ後続品の普及促進策を具体化するとともに、その実施に向けた対応を進めるとしています。

図4-20 バイオシミラーの使用割合（令和3年度）



資料：厚生労働省提供データ

(3) 後発医薬品及びバイオ後続品の使用推進の取組

- 本県においては、2008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。
- 県は、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。
- 保険者等においても、被保険者等に対して、医療費通知や後発医薬品差額通知の実施、被保険者証やお薬手帳に貼付する後発医薬品希望シールの配付など、医療費に関する意識啓発や後発医薬品の使用推進に向けて取り組んでいます。
- 一部の保険者においては、県内薬局に対して、自薬局の後発医薬品の調剤実績が県内の薬局の中でどのような立ち位置にあるかがわかるよう、統計結果を情報誌として送付するなど、医療者側への働きかけにも取り組んでいます。
- 厚生労働省が実施する、バイオ後続品の実態調査等の結果及びその結果を元に具体化するバイオ後続品の普及促進策を踏まえ、普及啓発策等を検討します。

○医薬品の適正使用の効果も期待されるという指摘もあるフォーミュラリ¹等も含め、厚生労働省からの情報提供を、適切に周知していきます。

3 後発医薬品の使用推進における数値目標

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典	
後発医薬品の 使用割合 (数量ベース)	80.6% (2021年度)	80%以上 (当面の間。 政府目標の 見直しに合 わせ再設定 を検討)	国基本方針 と整合	厚生労働省 提供NDBデー タ	
	二次医療圏別				
	賀茂				80.3%
	熱海伊東				72.8%
	駿東田方				78.7%
	富士				79.3%
	静岡				80.1%
	志太榛原				82.6%
	中東遠				84.2%
	西部				81.7%

¹ 「日本において「フォーミュラリ」の厳密な定義はないが、米国病院薬剤師会では「医療機関等において医学的妥当性や経済性等を踏まえて作成された医薬品の使用方針」を意味するものとして用いられてきており、日本では、医療機関単位で、いわゆる「病院フォーミュラリ」といわれる採用医薬品リストとその関連情報が活用されている事例があったが、近年では地域の関係者が協働することで、地域レベルでフォーミュラリを作成し、運用している事例も見られるようになってきている。」
(令和5年7月7日付け厚生労働省通知添付「フォーミュラリの運用について」より抜粋)

4 医療資源の効果的・効率的な活用

(1) 現状

- 「経済財政運営と改革の基本方針 2023」（令和 5 年 6 月 16 日閣議決定。以下「骨太方針 2023」という。）において、一人当たり医療費の地域差半減に向けて地域の実情に応じて取り組むこととされました。
- 医療資源の効果的かつ効率的な活用については、個別の診療行為としては医師の判断に基づき必要な場合があること、地域の医療提供体制の現状を踏まえると診療行為を行うことが困難であること等の事情が考えられるため、医療関係者と連携して取り組むことが重要とされています。
- 急性気道感染症や急性下痢症に対する抗菌薬処方については、効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されており、適正化に取り組む必要があるとされています。
- 白内障手術や外来化学療法については、外来での実施状況や医療資源の投入量に地域差があることが指摘され、適正化に取り組む必要があるとされています。
- リフィル処方箋について、2022 年度の診療報酬改定で導入され、保険者、都道府県、医師、薬剤師などの必要な取組を検討し、実施することにより活用を進める必要があるとされています。

(2) 取組

- 厚生労働省は効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療や医療資源の投入量に地域差がある医療のエビデンス等について、継続的に収集・分析するとしています。県は、情報収集に努め、厚生労働省からの情報や事例について適切に情報提供します。
- 抗菌薬処方について、厚生労働省からの情報等を適切に情報提供するとともに、AMR 臨床リファレンスセンターが提供する資料等を活用した住民に対する抗菌薬の適正使用等に関する普及啓発や、医療関係者に対する「抗微生物薬適正使用の手引き 第二版」（令和元年 12 月）の周知等を実施します。
- 拠点病院等における外来化学療法の実施状況を把握するとともに、拠点病院等と連携して、外来化学療法を実施する地域の基幹病院を支援し、がん医療の均てん化を進めます。
- 県は、市町の取組に関する情報を提供するなどして、リフィル処方箋や分割調剤等その他の長期処方の周知・啓発に向けた市町の取組を支援します。

余白

第4節 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進

1 現状・課題

- 高齢期の疾病は、疾病の治療等の医療ニーズだけでなく、疾病と関連する生活機能の低下等による介護ニーズの増加にもつながりやすいことから、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域の医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要です。
- 自宅等住み慣れた生活の場で療養し、人生の最終段階まで自分らしい生活を続けるためにも、地域の医療・介護の関係機関が連携し、地域全体で患者・家族等を支えることが重要です。
- また、多職種連携体制の構築のために、在宅医療・介護連携を地域の中核となって推進する人材の確保及び養成を図る必要があります。
- 病院で実施する退院支援カンファレンスに在宅主治医や訪問看護師、ケアマネジャー等の関係職種が参加し情報共有を図るなど、地域の実情にあった入退院支援連携体制を構築する必要があります。
- 高齢期の身体機能及び生活機能の維持向上のために、患者のニーズに応じた継続的かつ効果的なりハビリテーションを推進し、医療機関相互の連携にとどまらず、地域包括支援センターや介護サービス事業所など、保健、医療、介護、福祉の垣根を越えた連携体制を構築する必要があります。
- 今後更なる増加が見込まれる高齢者の大腿骨骨折についても、地域の実態等を確認した上で、骨粗鬆症の把握並びにその治療の開始及び継続のための取組を進めていくことが重要です。
- 「骨粗鬆症」は、骨の強度の低下を特徴とし、骨折のリスクが増大する骨格の疾患です。特に、大腿骨近位部を骨折すると、単に移動能力や生活機能を低下させるだけでなく、死亡リスクの増加につながることで知られています。
- 骨粗鬆症健診を実施していても、受診者数が少ないという課題もあることから、早期に治療を開始するための骨粗鬆症検診の受診率の向上、機能予後等を高めるための骨折手術後の早期離床の促進、介護施設等の入所者等を含めた退院後の継続的なフォローアップ、二次性骨折を予防するための体制整備等が必要です。

2 取組

- 市町においては、介護保険法に基づいて、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する在宅医療・介護連携推進事業を実施しています。県ではこうした取組を支援するため、「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」（令和2年9月）を踏まえ、管内の課題の把握、必要なデータの分析・活用支援、管内の取組事例の横展開、関係団体との調整等に取り組みます。
- 県民ができるだけ住み慣れた地域で安心して生活を送り続けることができるよう、医療・介護の関係機関が連携し、地域全体で患者・家族を支える体制の構築を図ります。
- 県医師会が運営する「シズケアサポートセンター（静岡県地域包括ケアサポートセンター）¹」を拠点として、在宅医療を実施するかかりつけ医の養成や、地域の多職種連携のための人材や在宅医療・介護連携コーディネーター²の確保及び養成に取り組みます。
- 病院において、入退院支援担当者を配置し、外来通院時や入院初期から退院後の生活を見据えた入退院支援が実施できる体制を強化するほか、受け手側である在宅医療に携わる関係機関と地域の実情にあったルールづくりを進めることで、入退院調整機能の強化を図ります。
- また、病院等の退院支援カンファレンスへ地域の在宅医療を担うかかりつけ医やかかりつけ歯科医、訪問看護ステーションの看護師、薬局の薬剤師、ケアマネジャー等の参加を促進し、関係者の密接な連携体制を構築します。
- 地域リハビリテーションサポート医³、訪問リハビリテーションを行う理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の養成や、かかりつけ医、ケアマネジャー等のリハビリテーションに対する理解を深めること等により、在宅患者に対するリハビリテーション提供体制の強化を図ります。
- 骨粗鬆症に関する適切な知識の普及を図るとともに、市町による骨粗鬆症検診の実施や受診率向上を支援します。

¹シズケアサポートセンター（静岡県地域包括ケアサポートセンター）：2020年4月から県医師会内に設置された、県内の地域包括ケアシステム構築のための多職種連携の推進や、人材育成、普及啓発活動等を実施する中核拠点。

²在宅医療・介護連携コーディネーター：市町が介護保険法の地域支援事業において設置している医療介護関係者や地域包括支援センター等からの在宅医療・介護連携に関する相談に対応し、地域の医療・介護連携のコーディネート機能を有する。

³地域リハビリテーションサポート医：リハビリテーションに関するかかりつけ医や介護専門職への支援、多職種の連携づくりの推進役となる医師

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
2021年度	12,176億円	4,262億円	4,583億円	450,359億円	168,551億円	155,474億円
	337千円	118千円	127千円	359千円	134千円	124千円
2020年度	11,630億円	4,093億円	4,308億円	429,665億円	163,353億円	144,460億円
	320千円	113千円	119千円	341千円	129千円	115千円
2015年度	11,414億円	3,849億円	4,264億円	423,644億円	155,752億円	144,709億円
	308千円	104千円	115千円	333千円	123千円	114千円
2021年度	104.7%	104.1%	106.4%	104.8%	103.2%	107.6%
/2020年度	105.4%	104.9%	107.1%	105.4%	103.7%	108.2%
2020年度	101.9%	106.3%	101.0%	101.4%	104.9%	99.8%
/2015年度	103.8%	108.3%	102.9%	102.2%	105.7%	100.6%
2021年度	106.7%	110.7%	107.5%	106.3%	108.2%	107.4%
/2015年度	109.4%	113.6%	110.2%	107.7%	109.6%	108.8%

資料：厚生労働省「国民医療費（2015、2020、2021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 医療費等の推計及び見通し

○標準的な都道府県医療費の推計方法として、厚生労働省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

○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年度の医療需要（患者数見込）毎に、一人当たり医療費（伸び率含む）及び2029年度の患者数見込を考慮して算出し、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

- 法第9条第2項に基づき、「県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（歯科、調剤、訪問看護及び療養費等を含む）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（医療資源の効果的・効率的な活用の推進を含む）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年度の病床機能ごとの医療需要を基にした2029年度見込み	高度急性期	2,378人日
		急性期	7,297人日
		回復期	7,411人日
		慢性期	6,423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	後発医薬品普及率	80%
		バイオ後続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	生活習慣病（糖尿病）に関する重症化予防の取組効果（全国平均との差を半減又は縮減率）	全国平均との差を半減(7.4%)
		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一人当たりの投薬種類数	9種類

	急性気道感染症に対する抗菌薬処方（縮減率）	50%
	急性下痢症に対する抗菌薬処方（縮減率）	50%
	白内障手術の適正化効果（全国平均との差を半減又は入院レセプト割合の縮減率）	全国平均との差を半減（2.3%）
	化学療法の適正化効果（全国平均との差を半減又は外来化学療法のSCRの増加率）	2.4%

※バイオ後続品の使用促進による効果

No	品目名	推計に用いた係数
1	ソマトロピン	35.0%
2	エポエチンアルファ	100.0%
3	フィルグラスチム	95.0%
4	インフリキシマブ	35.0%
5	インスリングルルギン	80.0%
6	リツキシマブ	85.0%
7	エタネルセプト	80.0%
8	トラスツズマブ	80.0%
9	アガルシダーゼベータ	35.0%
10	ベバシズマブ	60.0%
11	ダルベポエチンアルファ	100.0%
12	テリパラチド	80.0%
13	インスリンリスプロ	80.0%
14	アダリムマブ	80.0%
15	インスリンアスパルト	80.0%
16	ラニビスマブ	—

3 医療費の推計結果及び保険料の試算

- 標準的な都道府県医療費の推計方法を使用すると、2024年度における本県医療費は1兆2,039億円、2029年度には1兆3,243億円となります。
- この計画の数値目標を達成した場合の見通しは、2029年度に1兆3,115億円となります。
- 厚生労働省の示す基準に基づき機械的に試算した後期高齢者医療制度の一人当たりの保険料の見通しは8,004円、市町国民健康保険の一人当たりの保険料の見通しは8,228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)	
2023年度	3,761	8,022	7,906	11,783	11,667	116
2024年度	3,857	8,182	8,064	12,039	11,921	118
2025年度	3,955	8,345	8,225	12,300	12,180	120
2026年度	4,044	8,486	8,364	12,530	12,408	122
2027年度	4,134	8,629	8,505	12,763	12,639	124
2028年度	4,227	8,774	8,648	13,001	12,875	126
2029年度	4,321	8,922	8,794	13,243	13,115	128

表5-4 医療費の推計結果(制度別)

(単位：億円)

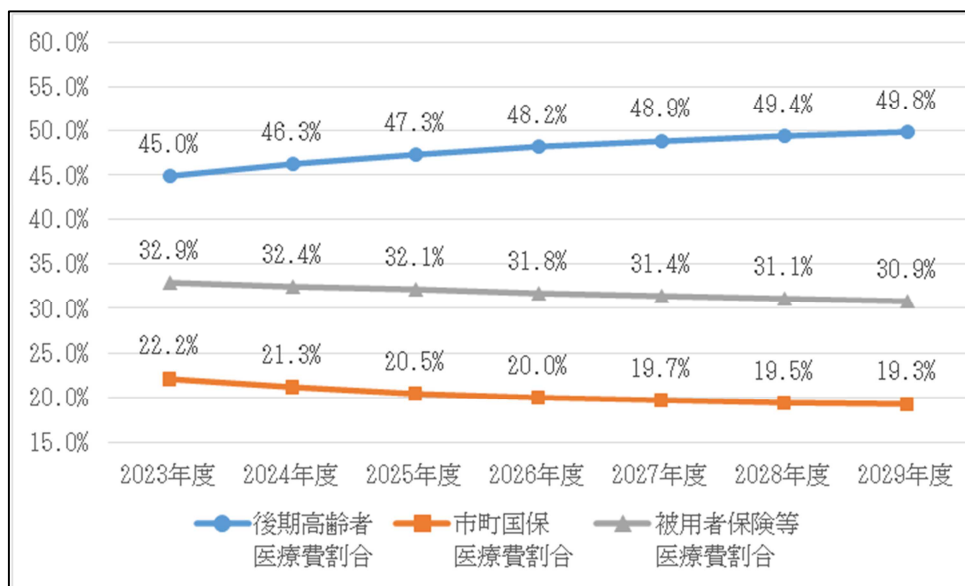
推計年度	後期高齢者医療		市町国保		被用者保険等	
	適正化前	適正化後	適正化前	適正化後	適正化前	適正化後
2023年度	5,297	5,244	2,614	2,588	3,873	3,835
2024年度	5,572	5,517	2,561	2,536	3,906	3,868
2025年度	5,820	5,764	2,525	2,501	3,954	3,916
2026年度	6,037	5,978	2,511	2,487	3,982	3,943
2027年度	6,239	6,178	2,513	2,488	4,011	3,972
2028年度	6,424	6,362	2,530	2,505	4,047	4,008
2029年度	6,596	6,532	2,561	2,536	4,086	4,046
一人当たり保険料の 機械的な試算(2029年度)	8,081円	8,004円	8,308円	8,228円	※1	※1

※1 被用者保険等については、加入者が都道府県をまたいで所在することが多いため算出しない。

※2 厚生労働省の示す基準により機械的に試算した結果であり、各医療保険制度の保険者が推計したものではない。

○制度別の医療費では、後期高齢者医療費の割合が大きくなり、後期高齢者医療費が大きく増加していくことになります。

図 5 - 1 医療費の推計結果における制度別の割合



余白

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3期計画の実績評価を実施する2024年度及び2の進捗状況に関する調査及び分析を実施する2029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又は医療費が医療費の見込みを著しく上回る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5期計画の作成に資するため、計画期間最終年度である2029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5期計画の作成に活用します。

3 実績の評価

- 法第12条第1項の規定により、計画期間終了の翌年度である2030年度に、保険者協議会に意見を聴いた上で、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及び目標値の達成状況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については、関係する取組主体がそれぞれ役割の下、推進していく必要があり、基本方針において次のとおり求められています。
- また、医療に携わるそれぞれの関係者の相互理解のもとに医療費適正化の取組を進めることが必要であるとされています。

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	<ul style="list-style-type: none">○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	<ul style="list-style-type: none">○地域内の医療提供体制の確保や、国民健康保険の財政運営を担う役割を有することに鑑み、計画の目標達成に向けて、保険者等、医療関係者その他の関係者の協力を得つつ、中心的な役割を果たす。○このため、保険者協議会¹等を通じて、関係者と共同で、保健事業の実施状況、医療サービスの提供の状況等を把握するとともに、計画の目標達成に向けて必要な取組について検討し、必要に応じて協力を求める。
保険者等	<ul style="list-style-type: none">○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。○保健事業の実施主体として、ICTの活用等により実施率の向上や効果的かつ効率的な実施を図るほか、加入者の健康の保持増進のために必要な事業を積極的に推進していく役割を担い、データヘルス計画に基づく事業を実施する。
医療の担い手	<ul style="list-style-type: none">○国、地方公共団体及び保険者等による医療費適正化や予防・健康づくりの取組に協力するとともに、良質かつ適切な医療を提供する。
県民	<ul style="list-style-type: none">○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とともに、症状や状況に応じた適切な行動をとる。

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) 保険者協議会の位置づけ

- 第4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都道府県は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ことに加え、③保険者協議会の必置化、④医療関係者の参画促進等、実効性向上のための体制構築を行うこととなりました。
- 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等関係者間の連絡調整、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、④都道府県医療費適正化計画の実績の評価に関する調査及び分析に関する業務を行います。

2 県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、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。
- 第4次静岡県健康増進計画（仮称）（2024年度～2035年度）を通じ、進行管理を行います。具体的には、医療機関、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、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9次静岡県保健医療計画（2024年度～2029年度）及び第10次静岡県長寿社会保健福祉計画（2024年度～2026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。