

静岡県医療費適正化計画

平成 20 年 4 月
静 岡 県

目 次

第1章 計画の基本的事項	1
第1節 計画策定の趣旨.....	1
第2節 計画の基本理念.....	1
第3節 計画の位置付け.....	1
第4節 計画の期間.....	1
第2章 生活習慣病対策	2
第1節 メタボリックシンドロームの現状と対策.....	2
1 メタボリックシンドロームの該当者・予備群の割合.....	2
2 健診データ等から見た健康課題.....	3
3 特定健診・特定保健指導.....	3
第2節 生活習慣病対策における数値目標.....	3
第3節 しずおか健康づくり戦略.....	4
1 県民個人の健康づくりの支援.....	5
2 県民運動の展開.....	5
3 健康づくり支援機能の充実.....	5
4 連携・協働で進める健康づくりの推進.....	6
5 先駆的な健康づくりの推進.....	6
6 地域資源を活用した健康づくりの推進.....	6
第4節 目標の実現に向けて.....	7
1 地域・職域保健の連携体制の構築.....	7
2 保険者協議会との連携.....	7
3 関係団体等の役割分担.....	8

第3章 医療の効率的な提供の推進	11
第1節 地域ケア体制の整備	11
1 地域ケア体制の必要性.....	11
2 療養病床の再編成への取組姿勢.....	11
3 目指す地域ケア体制.....	11
4 療養病床の現状.....	12
5 療養病床の再編成の数値目標.....	13
6 療養病床の転換への支援.....	15
第2節 疾病又は事業ごとの医療体制の構築	16
1 疾病又は事業ごとの医療体制の構築.....	16
2 疾病又は事業ごとの医療体制.....	16
3 疾病又は事業ごとの医療体制構築の数値目標.....	29
4 疾病又は事業ごとの医療体制構築の取組.....	29
第3節 平均在院日数の短縮	35
1 平均在院日数の現状.....	35
2 平均在院日数の目標値.....	35
第4章 医療費	36
第1節 医療費の現状	36
第2節 医療費の推計及び見通し	36
第5章 計画の進行管理	38
第1節 計画の評価	38
1 中間評価.....	38
2 実績評価.....	38
第2節 計画の進行管理	38
1 生活習慣病対策.....	38
2 疾病又は事業ごとの医療体制の構築.....	38
3 療養病床の再編成.....	38

第1章 計画の基本的事項

第1節 計画策定の趣旨

平成18年の医療制度改革において、医療費適正化を推進するための計画に関する制度が創設されました。

国民皆保険を堅持し続けていくためには、医療を取り巻く様々な環境の変化（急速な少子高齢化、経済の低成長、国民生活や意識の変化等）に対応し、国民の生活の質の維持及び向上を図りながら、国民の健康の保持、医療の効率的な提供に向けて政策目標を設定し、これらの目標の達成を通じ、結果として将来的な医療費の伸びの抑制が図られる仕組みが必要とされたためです。

この医療制度改革を活用し、「健康長寿日本一」、「地域の暮らし満足度日本一」を目指すため、本計画を策定するものです。

第2節 計画の基本理念

この計画は、以下の3点について、県民、医療機関、医療保険者等の関係機関と協働し、「健康長寿日本一」、「地域の暮らし満足度日本一」を目指すためのものです。

- 1 健康寿命の延伸や生活の質の向上を目指し、生活習慣病予防に取り組むこと
- 2 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
- 3 高齢期を生きる県民の誰もが、自らの意思で、その人らしく暮らせる長寿社会を実現するため、地域ケア体制の整備に取り組むこと

第3節 計画の位置付け

この計画は、次に掲げる性格を有するものです。

- 1 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第9条に基づく計画
- 2 健康増進計画、介護保険事業支援計画、医療計画等との健康福祉政策との調和を図り、保健・医療・福祉の一体的な取組を推進するもの

第4節 計画の期間

この計画は、平成20年度を初年度とし、平成24年度を目標年次とする5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。

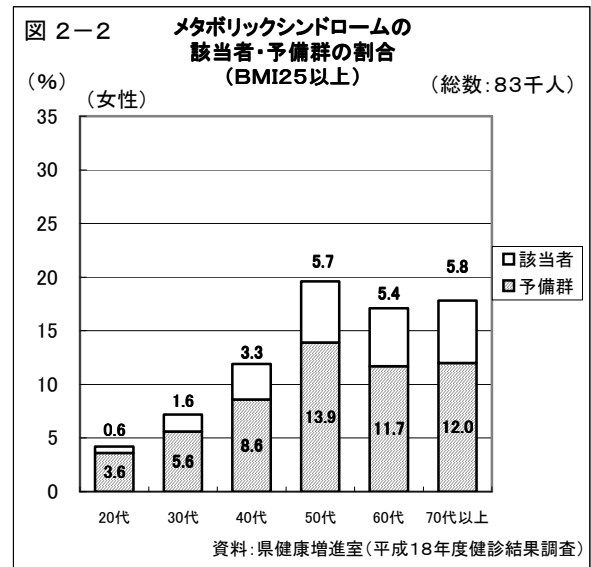
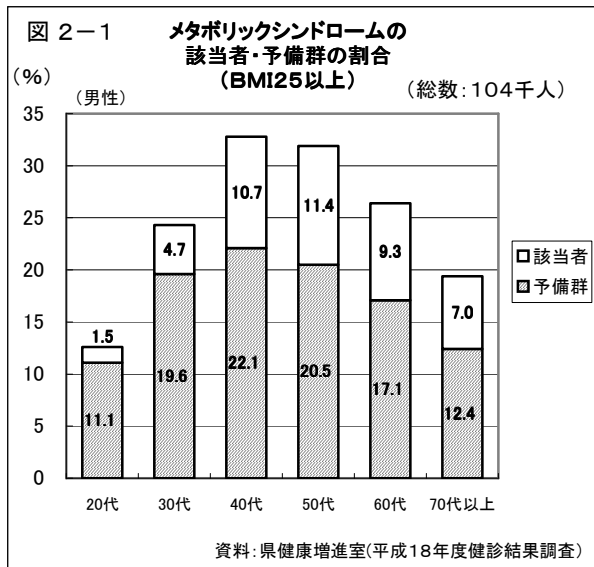
第2章 生活習慣病対策

第1節 メタボリックシンドロームの現状と対策

県内の健診機関が行った平成18年度の健診結果から見た、静岡県民のメタボリックシンドロームの該当者・予備群の状況は次のとおりです。

1 メタボリックシンドロームの該当者・予備群の割合※（図2-1、2-2）

- ・40代・50代の男性が最も高く約3人に1人が該当者・予備群であり、男性全体では約4人に1人が該当者・予備群と推定されます。
- ・20代・30代の該当者の割合は数パーセントですが、予備群は既に10～20%と高い状況にあります。
- ・いずれの年代においても、女性に比べ男性の割合が高くなっています。
- ・女性は50代以降、予備群・該当者の割合が高くなっています。



※ 今回の健診データは、腹囲ではなく BMI (肥満度) で測定したものであり、薬剤治療を受けている場合は含まれていない。

メタボリックシンドロームとは

メタボリックシンドローム (内臓脂肪症候群) とは、内臓脂肪型肥満に加え、診断基準①～③のうち2つ以上が当てはまる状態です。

内臓脂肪は、おなかに抱える爆弾ともいわれ、生活習慣病を発生する率が高いことから今もっとも注目されています。

(診断基準)

○ 肥満 (内臓脂肪型肥満) おへその高さの腹囲 男性 85cm 以上、女性 90cm 以上

+

① 脂質異常 中性脂肪 150mg/dl 以上 かつ/又は HDL コレステロール 40mg/dl 未満

② 高血圧 最高血圧 130mmHg 以上 かつ/又は 最低血圧 85mmHg 以上

③ 高血糖 空腹時血糖値 110mg/dl 以上

※ 薬剤治療を受けている場合は、それぞれの項目に含めます。

2 健診データ等から見た健康課題

メタボリックシンドローム該当者・予備群は、働き盛りの男性に目立っています。30代から40代の男性が増加傾向にあり、今後メタボリックシンドローム予防のターゲットになります。

3 特定健診・特定保健指導

平成20年度から、医療制度改革の一つとして、40歳から74歳の方を対象に、メタボリックシンドロームに着目した、新しい「特定健康診査（特定健診）」「特定保健指導」が始まります。

なお、特定保健指導の対象者は、メタボリックシンドロームの該当者・予備群に、BMI等のリスクを加えた者となっています（P.10を参照）。

図2-3



特定健診の基本的な検査

- ・問診《食生活・運動習慣・喫煙歴など》
- ・身体計測《身長・体重・肥満度（BMI）・腹囲》・診察・血圧測定
- ・血液検査（血糖検査、脂質検査、肝機能検査）・尿検査

第2節 生活習慣病対策における数値目標

生活習慣病対策における数値目標は、以下のとおりです。

表2-1

項目	対象等	目標 (平成24年度)
特定健診実施率(P.9 ※1)	40～74歳	70%
特定保健指導実施率(※2)	40～74歳	45%
特定保健指導対象者の推定数(※3)	40～74歳	10%減少

第3節 しずおか健康づくり戦略

特定健診・保健指導等の受診率を向上させ、メタボリックシンドローム該当者や予備群を減少させるために、県として重点的に取り組む核となる施策を「重点施策」として推進します。

重点施策

1 普及啓発

- (1) 働き盛りの男性を中心に、メタボリックシンドローム等生活習慣病の予防に向けた食生活・運動等について、ライフコース等の視点を活用したアプローチ（※4）により、効果的な啓発を実施します。
- (2) 健診（検診）受診率の向上に向け、対象者に対する効果的・効率的な啓発を実施します。
- (3) 市町や保険者の健診の実施状況などの情報提供に努めます。
- (4) 制度周知を図るため、テレビや新聞による健康づくりの事業の紹介や情報コーナーの設置など、マスメディアを活用した啓発普及に努めます。

2 体制整備

- (1) 健診の対象者の誰もが、身近なところで受診しやすい体制を整備します。
- (2) 効果的な特定保健指導の実施のため、研修会の開催などによる人材の養成及び質の確保に努めます。
- (3) 医師会、看護協会、栄養士会等の関係専門機関と連携し、人材情報の提供等の確保に努めます。
- (4) 民間の事業者への効率的な事業委託の検討や、事業の評価を実施します。
- (5) 職場、学校、健康関連団体等関係団体と連携し、協働します。

3 市町・保険者への指導・支援

- (1) 市町や保険者による健康課題の分析や事業評価への指導や支援をします。
- (2) 市町が行う健康増進事業を効果的に実施できるように、健康増進事業費助成や健康づくり総合支援事業費補助金などの財政支援とともに、技術職員等市町派遣などの人的支援を行います。
- (3) 健診・保健指導の円滑実施のために、静岡県生活習慣病対策協議会や生活習慣病対策連絡会（※5）及び保険者協議会等（※6）で協議し、医療保険者への支援を行います。
- (4) 地区組織等を利用した市町のポピュレーションアプローチ（※7）の推進を支援します。
- (5) 特定健診・保健指導事業についての総合的な評価及びメタボリックシンドロームの予備群や該当者の減少（アウトカム評価（※8））等の事業の成果のために、指導や支援を行います。

1 県民個人の健康づくりの支援

(1) 各種健診の受診行動の促進

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、予防のための特定健診・保健指導やがん検診等に積極的な受診ができるように、関係機関による県民個人への動機付けを促進し、受診行動の促進を図ります。

(2) 正しい健康知識の提供

自らが生活習慣の改善点に気づき、目標達成に向けて継続的実行する知識を身に付けるための機会を充実します。

また、食事や運動などの生活習慣は乳幼児期から身に付くものであり、子どもや最も身近な存在である家族・保護者が、望ましい生活習慣を実践できるように正しい知識を提供します。

(3) 健康づくりの方法の提供

生活習慣病の予防には、手軽に取り組めて継続できる健康づくりプログラムが必要となります。そのためのプログラムを開発・作成し、県民に提供します。

2 県民運動の展開

(1) 普及啓発

チラシやポスター等の啓発媒体の作成、総合的なキャンペーンの実施、健康関連イベントの開催や出展をし、メタボリックシンドロームの予防と健診受診の重要性を、より多くの県民へ広げます。

(2) 県民の主体的な企画と参加

メタボリックシンドロームの減少やたばこ対策の積極的な推進のために、広く県民から健康づくりに関わる企画や提案を募集し、施策に反映します。

(3) 市町、保険者、関係機関の参画

市町、保険者、関係機関等の役割の理解を深めるとともに、主体的な取組を促し、県民運動への参画を求めます。

3 健康づくり支援機能の充実

(1) 市町機能の強化

メタボリックシンドローム予防のためには、乳幼児期からの正しい生活習慣の確立や、地域の特性・課題に対応した事業及び住民参加型の健康づくり事業を市町において実施することが重要となります。

このため、県では健康福祉センターを中心に、健康課題の分析や事業評価などの健康づくり事業を技術的に支援します。

また、健康増進法に位置づけられる市町が行うがん検診等の健康増進事業に対し支援します。

(2) 健康資源の整備・拡充

効果的な特定健診・保健指導の実施に向け、民間事業者の健診機関を含めた、医師、保健師、管理栄養士等の保健医療従事者の養成と資質の向上に努めます。

また、地域の健康づくり推進の担い手として、健康づくりに関わる地域住民リーダーの育成や活動の支援に取り組みます。

(3) 静岡県総合健康センターの取組

「静岡県総合健康センター」は、県民の健康づくりを推進する中核施設であり、市町をはじめとする関係行政機関、保健医療機関、企業、民間の健康増進施設等と連携を図りながら、県民の健康増進に努めていきます。

4 連携・協働で進める健康づくりの推進

(1) 職域と連携・協働した健康づくり

企業（職域）は、従業員の健康管理という視点から、特に生活習慣病が顕在化する壮年期、中年期の健康づくりに重要な役割を担っています。また、保険者として、被保険者・被扶養者等に対する特定健診・保健指導の実施者となります。

このため、健保組合、政管健保等の保険者、労働局、静岡産業保健推進センター、地域産業保健センター等の関係機関、産業医と保険者協議会及び行政とが一体となって、職域保健の充実と地域保健と連携の強化を図ります。

(2) 教育と連携・協働した健康づくり

学童期や思春期における生活習慣の乱れが顕在化しており、その世代の将来の生活習慣病の増加が懸念されます。生活習慣が身につくこの年代における取組が重要であることから、行政の健康づくり部門と教育委員会、学校医などの教育部門の関係者と連携・協働した健康づくりを推進します。

(3) 健康関連企業と連携・協働した健康づくり

特定健診・保健指導の実施に当たり、アウトソーシング（※9）先となる検診機関等事業者の質と量の確保が重要となります。

また、企業から提供される健康に関わる情報は、住民の行動に大きな影響を及ぼします。

健康関連企業との連携・協働により、特定健診・保健指導の充実や民間活力を活用した健康づくりを推進します。

(4) NPO・ボランティアと連携・協働した健康づくり

県民主体の健康づくりを進める上で、その中心的な役割を担うことが期待されるNPO・ボランティア等の地区組織と連携・協働した健康づくりに取り組みます。

5 先駆的な健康づくりの推進

(1) 科学的アプローチの推進

科学的根拠に基づいた施策や評価方法について、研究機関である大学等と連携を図り、効果的な健康づくりを推進します。

(2) 市町における先駆的事業の推進

効果的な健康づくりを推進するため、対人サービスを直接担う市町における先駆的事業への支援を行います。

6 地域資源を活用した健康づくりの推進

温暖な気候や温泉、豊富な農林水産物など本県ならではの地域資源は、癒しや健康増進など健康づくりに有効な「健康資源」です。メタボリックシンドロームの予防や減少に、富士山麓ファルマバレープロジェクト（※10）と連携し、温泉を利用した健康づくりや地元の農産物を利用した食育教室の開催など、健康資源を積極的に活用し、本県の特徴を生かした健康づくりに取り組みます。

第4節 目標の実現に向けて

1 地域・職域保健の連携体制の構築

(1) 連携の必要性

県民の生活習慣改善に向けた普及啓発等、健康づくりの総合的な推進を図るためには、地域保健、職域保健の連携体制を構築し、行政機関、事業者、医療保険者等の関係者が相互に情報交換や協議を行い、役割分担を明確化し、連携を図ることが求められています。

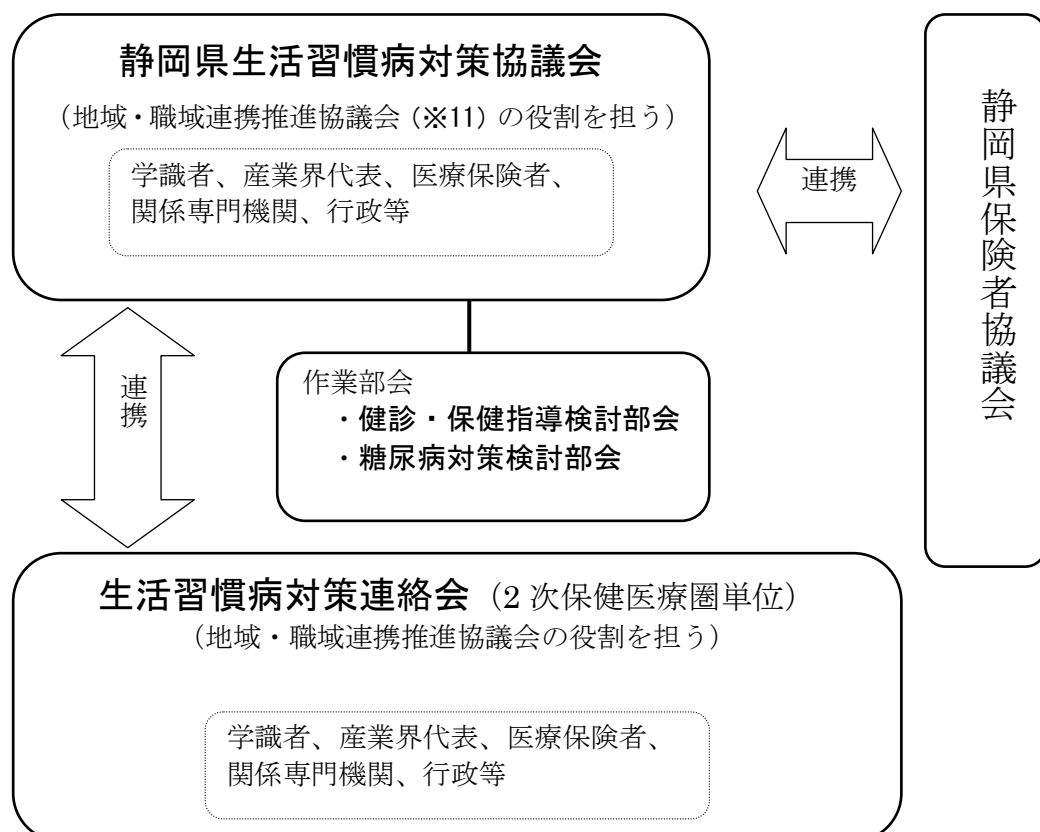
(2) 連携の体制

平成18年12月に設置し、地域・職域の機能を有している「静岡県生活習慣病対策協議会」及びその作業部会である「健診・保健指導検討部会」、「糖尿病対策検討部会」並びに、2次保健医療圏単位の組織としての「生活習慣病対策連絡会」により、関係者間の連携を図ります。

2 保険者協議会との連携

静岡県生活習慣病対策協議会においては、特定健診・保健指導等の総合的推進方策の検討に当たり、医療保険者等から成る静岡県保険者協議会との連携が必要です。

図2-4



3 関係団体等の役割分担

生活習慣病の予防を効果的に進めるためには、個人を取り巻く地域社会、学校、企業、行政等がそれぞれの特徴を生かしながら、役割を明確にし、連携して行います。

表 2-2

取組主体	役割内容
個人・家庭	<ul style="list-style-type: none"> ○ 年1回の健診（検診）受診 ○ 正しい知識に基づいた健康づくりの実践 ○ 家族・隣人・友人等の健康づくりへの支援
地域社会 (NPO・ボランティア等)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 健康づくりの実践（仲間づくりなど） ○ 地域住民への健康づくりの普及啓発活動 ○ 健診の受診勧奨への協力
学校等	<ul style="list-style-type: none"> ○ ライフステージに応じた生活習慣形成のための健康教育・指導の実施 ○ 家庭と連携した食育の推進 ○ 地域と連携した健康づくり事業
職場・企業	<ul style="list-style-type: none"> ○ 従業員への健康教育、普及啓発の充実 ○ 健診体制の充実や受診勧奨 ○ 分煙の推進 ○ その他健康管理のための福利厚生の実施
関係専門機関 (医師会、歯科医師会、 薬剤師会等)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 健康づくりに関する情報提供や相談への対応 ○ 専門的立場からの保健指導や健康教育への技術的支援及び人材派遣等の支援 ○ 各種健康づくり事業への支援
医療保険者	<ul style="list-style-type: none"> ○ 特定健診・保健指導の効果的な実施 ○ 被保険者、被扶養者の健康の保持、増進
健康関連団体(企業)・大学	<ul style="list-style-type: none"> ○ 健康づくりサービス提供 ○ 健診制度や良質な健康サービス提供 ○ 学術的見地から健康づくり施策への提言
マスメディア	<ul style="list-style-type: none"> ○ 情報の迅速かつ効果的な提供
市 町	<ul style="list-style-type: none"> ○ 各種健康増進事業の推進 ○ 推進体制の構築 ○ 地域への健康づくり普及啓発 ○ 地域の健康情報収集及び健康課題分析
県	<ul style="list-style-type: none"> ○ プラン推進のための総合調整 ○ 推進体制の構築 ○ 県民への健康づくり普及啓発 ○ 県全体の健康情報収集及び健康課題分析

<<用語解説>>

※1 特定健診実施率

過去1年間に、特定健康診査（特定健診）を受診した者の割合
健康診査データにより、特定健診受診者の割合を求める。

※2 特定保健指導実施率

特定健診において、特定保健指導（動機づけ又は積極的支援）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
健診データにより、健診受診者で要保健指導者のうち保健指導の受診者及び終了者の割合を求める。

なお、特定保健指導の対象者は、メタボリックシンドロームの該当者・予備群に、BMI等のリスクを加えた者（P.10 参照）

※3 特定保健指導対象者の推定数

特定健診を受診した者のうち、特定保健指導（動機づけ支援又は積極的支援）の対象者となった者（P.10 参照）

※4 ライフコース等の視点を活用したアプローチ

生活習慣病の危険因子について、社会的な影響を受けて人や世代がたどる発達や加齢のプロセスである「ライフコース」に着目した健康づくりの普及や効果的な介入方法のこと

※5 静岡県生活習慣病対策協議会、生活習慣病対策連絡会

地域保健・職域保健等の関係機関や団体等との総合調整を図り、疾病の予防を重視した生活習慣病対策を推進するため設置

県単位のもの「静岡県生活習慣病対策協議会」、2次保健医療圏単位のもの「生活習慣病対策連絡会」である。

※6 保険者協議会

都道府県ごとに、国民健康保険、政府管掌健康保険及び健康保険組合等の各医療保険者が協議、連携する場で、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、学識経験者等も参加
地域ごとの医療費の特性や加入者のニーズを把握し、医療費の調査・分析・評価と被保険者への教育・指導等の保健事業等を行う。

※7 ポピュレーションアプローチ

多くの人々が少しずつリスクを軽減することで、集団全体としては多大な恩恵をもたらすことに注目し、集団全体をよい方向にシフトさせること

※8 アウトカム評価

目的・目標に対する達成度を評価すること。評価指標として、肥満度や血液検査値等の健診結果、疾患の予備群・有病者の変化、要介護率、医療費の変化等がある。

※9 アウトソーシング

外部委託のこと

※10 富士山麓ファルマバレープロジェクト

富士山をはじめとする豊かな自然や立地条件を生かし、医療からウェルネスまで世界レベルの研究開発を進めるとともに、県民の健康増進と健康関連産業の振興を図り、特色ある地域の発展を目指すプロジェクト

※11 地域・職域連携推進協議会

市町などの地域保健と労働局や社会保険事務局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。

本県では、上記の「静岡県生活習慣病対策協議会」と「生活習慣病対策連絡会」がその役割を担っている。

特定保健指導の対象者

(「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」より抜粋)

ステップ1

○ 腹囲とBMIで内臓脂肪蓄積のリスクを判定する

(1)	男性 $\geq 85\text{cm}$ 、女性 $\geq 90\text{cm}$
(2)	男性 $< 85\text{cm}$ 、女性 $< 90\text{cm}$ かつ $\text{BMI} \geq 25$

ステップ2

○ 検査結果、質問票から追加リスクをカウントする。

○ ①～③は内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)の判定項目、④はその他の関連リスクとし、④喫煙歴については①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウントする。

① 血糖	空腹時血糖 100mg/dl 以上 又は HbA1c 5.2%以上 又は 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
② 脂質	中性脂肪 150mg/dl 以上 又は HDL コレステロール 40mg/dl 未満 又は 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
③ 血圧	収縮期 130mmHg 以上 又は 拡張期 85 mmHg 以上 又は 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
④ 質問票	喫煙歴あり

ステップ3

ステップ1、2から保健指導レベルをグループ分け

(1)の場合	①～④のリスクのうち追加リスクが	2つ以上の対象者は積極的支援レベル 1つの対象者は動機づけ支援レベル
(2)の場合	①～④のリスクのうち追加リスクが	3つ以上の対象者は積極的支援レベル 1つ又は2つの対象者は動機づけ支援レベル

第3章 医療の効率的な提供の推進

第1節 地域ケア体制の整備

1 地域ケア体制の必要性

人口減少を目前にした本県では、人口構造が変化し、今後、団塊の世代が高齢期を迎え、高齢者が更に増加します。また、世帯構造も変化し、高齢者のひとり暮らしや夫婦のみの世帯の高齢者の占める割合が高くなることを見込まれます。さらに、日常生活が便利な都市部への移動や山間部を中心とした過疎化の進行が懸念されます。

超高齢社会の到来による医療や介護の需要の高まりを踏まえると、地域において、高齢者の状態に応じた適切な医療・介護サービスが効率的に提供される体制の整備に取り組む必要があります。

医療や介護が必要になっても、自宅や地域で生活したいと希望する高齢者の意向を尊重すべきであり、この実現に向けて基盤整備や支援に取り組む必要があります。

2 療養病床の再編成への取組姿勢

医療の必要性が高い方に対しては、引き続き医療保険により療養病床において必要な医療サービスを提供する一方、医療の必要性が必ずしも高くない方は、介護施設等で受け止めるよう進めます。

療養病床の再編成は、国における社会保障制度の議論も踏まえ、利用者の視点、費用負担者の視点、医療提供体制の視点により進めます。また、県内の地域差を踏まえ、地域において医療、介護、福祉等の関係者が議論して進めます。

療養病床は、医療機関の意向を尊重しつつ、入院されている方の状態にふさわしいサービスが提供できる介護保険施設等へ計画的かつ円滑な転換を進めます。

現在療養病床に入院されている方が、将来にわたって適切な医療・介護サービスを継続して受けられるように、医療機関相互の連携に加え、高齢者の生活を支えるため、医療、介護、住まい等の総合的な体制が構築できるよう進めます。

療養病床に入院されている方や家族等が不安を抱くことのないように、関係機関における相談窓口の設置や情報提供等の取組を進めます。

3 目指す地域ケア体制

「ふじのくに長寿社会安心プラン（第4次静岡県高齢者保健福祉計画・第3期静岡県介護保険事業支援計画）」に掲げる、2015年の「目指す長寿社会の姿」の実現に向けて、次の体制の整っていることが、静岡県の目指す地域ケア体制です。

○ “地域の特性に応じたケア体制”

- ・ その地域の高齢化の進行、高齢者が置かれている状況、高齢者に関わる地域住民や提供サービス等の特性に応じ、また、その地域の社会資源を最大限活かしたケア体制が整い、高齢者が自宅や地域で暮らし続けていること。

○ “高齢者を地域で共に支え合う体制”

- ・ 介護サービス、見守りサービス、住まい（自宅、介護保険施設、見守りに配慮した住まい）、医療サービス等の提供体制が整い、高齢者が様々なサービスに支えられて生活していること。
- ・ 住民一人ひとりが理解し、住民、医療機関、行政が連携・協働し、地域社会

で高齢者と共に暮らしていること。

○ “高齢者の状態に即した医療や介護等のサービスの提供体制”

- ・ 高齢者が必要とする医療や介護等のサービスの質と量が確保され、各種サービスの連携により、高齢者の希望や状態に即して、住まいとサービス（介護サービス、見守りサービス、在宅医療等）が的確に組み合わせられ提供されていること。

【静岡県が目指すふじのくに長寿社会（2015年展望）】

“健康長寿日本一” “地域の暮らし満足度日本一” を目標にして、高齢期を生きる県民の誰もが、“自らの意思で、その人らしく暮らせる長寿社会” を築きます。

具体的には、次の4つを柱とした長寿社会を目指します。

- ① 高齢者やその家族が地域の中で安心して暮らすことができる社会
- ② 高齢者がそれぞれに合った健康状態を保ちつつ暮らすことができる社会
- ③ 高齢者が社会の一員として、いきいきと暮らすことができる社会
- ④ 高齢者やその家族が満足するサービスが提供される社会

4 療養病床の現状

(1) 療養病床の状況

療養病床とは、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床であり、平成19年8月1日現在の療養病床（老人性認知症疾患療養病棟を除く。）を持つ医療機関の状況は、表のとおりです。

表3-1 療養病床の状況

平成19年8月1日現在

区分	療養病床を持つ医療機関数(機関)	療養病床数(床)						
		開設許可	高齢者千人対	医療療養	回復期リハ	介護保険移行準備	介護療養	経過型
病院	93	11,630	14.2	7,852	1,028	116	3,778	
診療所	16	204	0.3	128			76	
合計	109	11,834	14.5	7,980	1,028	116	3,854	

(注) 老人性認知症疾患療養病棟を除く。高齢者千人当たりの病床数の算出に用いた高齢者人口は、静岡県厚生部長寿政策室「高齢者福祉行政の基礎調査結果」による平成19年4月1日現在の数

(2) 療養病床の入院患者の状況

平成18年10月1日及び平成19年8月1日の時点で、療養病床を持つ医療機関を対象に行ったアンケート調査の結果では、県内の療養病床の入院患者の医療区分及び介護療養病床の入院患者の要介護度は、表のとおりです。ただし、平成19年8月1日時点の介護療養病床の医療区分は、入院患者のうち約3分の1に当たる1,209人を抽出して調査したものです。

表3-2

療養病床の入院患者の医療区分等

(単位:人、%)

区分	平成18年10月	平成19年8月	
	医療療養病床	医療療養病床	介護療養病床
医療区分1	2,570 (41.9)	2,069 (35.9)	771 (63.8)
医療区分2	2,967 (48.3)	2,878 (49.9)	346 (28.6)
医療区分3	600 (9.8)	817 (14.2)	92 (7.6)
合計	6,137 (100.0)	5,764 (100.0)	1,209 (100.0)

(単位:人、%)

区分	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計	
介護療養病床	平成18年10月	1 (0.0)	3 (0.1)	161 (4.4)	254 (6.9)	463 (12.7)	991 (27.1)	1,788 (48.8)	3,661 (100.0)
	平成19年8月	—	—	113 (3.2)	248 (6.9)	459 (12.8)	906 (25.3)	1,853 (51.8)	3,579 (100.0)

5 療養病床の再編成の数値目標

平成24年度末の医療療養病床の病床数の数値目標は、厚生労働省が定めた考え方の医療の必要度に応じた算式を採用します。

この考え方に基づき算出した結果、平成24年度末の静岡県全体の医療療養病床の病床数の数値目標は、4,852床となります。

数値目標に向けて、医療機関の意向を伺いつつ、療養病床の転換を進めます。

現在の療養病床に入院する方に対応して、医療の必要性の高い方の医療療養病床を継続し、そのほかの方には介護老人保健施設等の確保に努めます。

図3-1

病床数の数値目標	
[基準年]	
平成18年10月 現在の病床数	平成24年度末 数値目標
医療療養病床 7,059床	医療療養病床 4,852床
介護療養病床 3,895床	
回復期リハビリ病棟 735床	老人保健施設 有料老人ホーム等 回復期リハビリ病棟 6,102床 +735床
計 11,689床	計 11,689床

＜平成24年度末の医療療養病床の病床数の数値目標の考え方及び静岡県の数値＞

平成24年度末時点での療養病床の病床数を①と②により設定する。

①各都道府県における $a - b + c$

a 医療保険適用の療養病床（回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く。以下「医療療養病床」という。）の現状の数（平成18年10月）

＜静岡県＞ 7,059床

b 医療療養病床から介護保険施設等に転換又は削減する見込み数（平成18年10月）
（医療区分1）＋（医療区分2）×3割

＜静岡県＞ $(7,059\text{床} \times 43.4\%) + (7,059\text{床} \times 46.9\%) \times 3\text{割} = 4,056.81\text{床}$

c 介護保険適用の療養病床から医療療養病床へ転換する見込み数（平成18年10月）
（医療区分3）＋（医療区分2）×7割

＜静岡県＞ $(3,895\text{床} \times 6.8\%) + (3,895\text{床} \times 23.6\%) \times 7\text{割} = 908.31\text{床}$

②都道府県は上記の数を基に、計画期間中の後期高齢者人口の伸び率、並びに救命救急医療の充実、早期リハビリテーションの強化による重症化予防、在宅医療及び地域ケアの推進に関する方針等を総合的に勘案し、それぞれにおける実情を加味して設定する。

＜静岡県＞ 後期高齢者人口の伸び率 24.06%

＜静岡県の数値目標＞

$(a - b + c) \times 124.06\%$

$= (7,059\text{床} - 4,056.81\text{床} + 908.31) \times 124.06\% = 4,851.37\text{床} \rightarrow 4,852\text{床}$

※平成18年10月の療養病床数は、「医療施設動態調査（平成18年10月末概数）」及び「病院報告」を基に厚生労働省が作成した数。

※医療療養病床の入院患者の医療区分割合は、厚生労働省による平成18年10月分のレセプトの調査結果に基づく静岡県の数値。

※介護療養病床の入院患者の医療区分割合は、平成18年10月1日時点で行った療養病床アンケート調査の結果に基づく静岡県の数値。

※後期高齢者人口の伸び率は、国立社会保障・人口問題研究所「都道府県別将来推計人口（平成19年5月推計）」を基に厚生労働省が算出した静岡県の数値。

※数値目標の減算要因として、救命救急医療の充実、早期リハビリテーションの強化による重症化予防、在宅医療及び地域ケアの推進に関する方針等が挙げられているが、救命救急医療の充実、早期リハビリテーションの強化等を進めていくものの、数値として算出するのは困難であるため、療養病床の目標数の減算項目として評価しないこととする。

6 療養病床の転換への支援

(1) 県及び市町の役割

県は、地域ケア体制の整備に向け、医療や介護等の地域における連携体制の構築や必要となる人材の確保対策に努めます。また、療養病床の転換を円滑に進めるため、医療機関への適切な助言を行い、情報提供に努めるとともに、広域的な観点から関係団体等との連携・協力を進めます。

市町は、住民のニーズを把握するとともに、地域包括支援センターや社会福祉協議会等の活動を支援し、地域において高齢者が適切なサービスや支援が受けられる体制を構築する必要があります。また、地域の関係団体との連携・協力体制を構築する必要があります。

(2) 相談支援体制の構築及び県民への情報提供の推進

療養病床を持つ医療機関が円滑に介護老人保健施設等に転換できるよう、県庁内に相談窓口を設け、療養病床の再編成に関する各種の相談や照会に応じています。また、県の各健康福祉センターでも各種の相談や照会に応じています。

県は、様々な機会を通じて医療機関や県民に療養病床の再編成等に関する情報を提供します。

(3) 療養病床転換支援措置

療養病床の転換に当たっては、施設・設備基準の緩和をはじめとして様々な支援措置があり、県は、相談体制の構築のほか、支援措置に関する情報を医療機関に提供します。

財政的な支援措置については、市町と連携し、国の交付金制度等の有効活用を図ります。

第2節 疾病又は事業ごとの医療体制の構築

1 疾病又は事業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・効率性・公平性のバランスに配慮しつつ、住民や医療関係者の合意を得て、医療機能の分化・連携を推進する必要があります。

このため、がん、脳卒中等の7疾病及び救急医療、周産期医療等の5事業について、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、地域連携クリティカルパス(P.34※1)の導入等を通じて、各圏域における医療連携体制の構築を推進します。

7疾病	がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、喘息、肝炎、精神疾患
5事業	救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。）

2 疾病又は事業ごとの医療体制

各疾病等の医療体制における医療機能の説明及び体制図は、次のとおり（P.17～28）です。

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

◎ ポイント

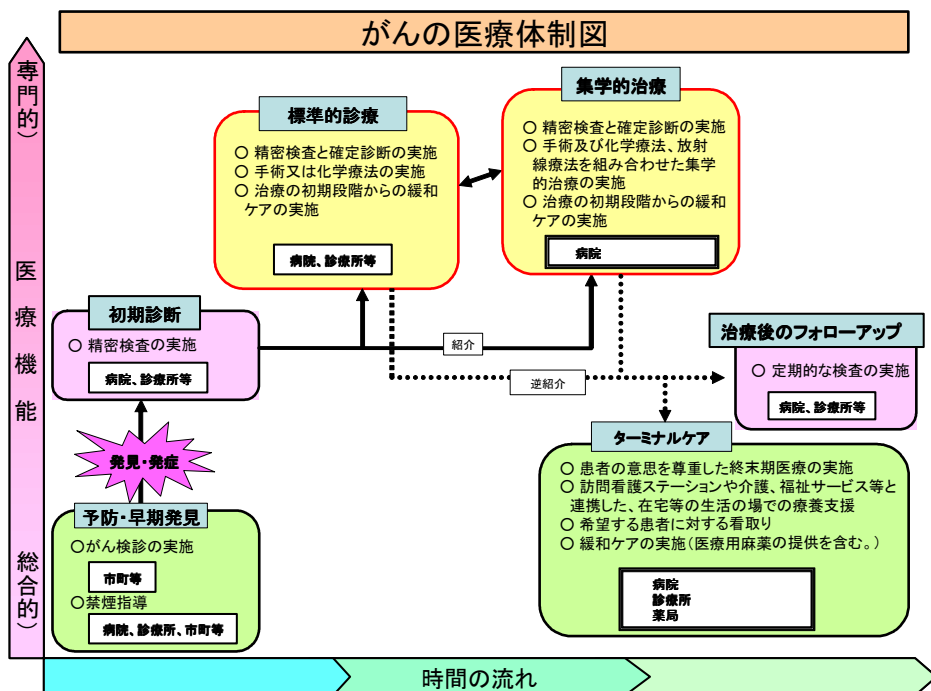
- 喫煙対策とがん検診の推進
- がんの種類や病期に応じた治療
- 緩和ケアや終末期医療の実施

表 3-3

がん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	標準的診療	集学的治療	治療後のフォローアップ	ターミナルケア
ポイント	<ul style="list-style-type: none"> ○がん検診の実施 ○禁煙指導 	<ul style="list-style-type: none"> ○精密検査の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ○精密検査と確定診断の実施 ○手術又は化学療法の実施 ○治療の初期段階からの緩和ケアの実施 	<ul style="list-style-type: none"> ○精密検査と確定診断の実施 ○手術及び化学療法、放射線療法を組み合わせた集学的治療の実施 ○治療の初期段階からの緩和ケアの実施 	<ul style="list-style-type: none"> ○定期的な検査の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ○患者の意思を尊重した終末期医療の実施 ○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在宅等の生活の場での療養支援 ○希望する患者に対する看取り ○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"> ・市町によるがん検診の実施と受診勧奨 ・病院、診療所、市町等による禁煙指導や喫煙対策 	<ul style="list-style-type: none"> ・がんのスクリーニング(1次)検査 	<ul style="list-style-type: none"> ・血液検査、画像検査及び病理検査等の専門的な検査の実施とそれに基づく診断 ・がんの種類や病期に応じて、診療ガイドラインに準じた手術や化学療法(外来での治療を含む。)の実施 ・専門職種による身体及び精神症状に対する緩和ケアの実施 ・相談支援センターを設置し、患者、家族及び地域の医療機関からの相談等に対応(がん診療連携拠点病院) ・初期診断や治療後のフォローアップ、退院後の緩和ケアを行う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 	<ul style="list-style-type: none"> ・血液検査、画像検査及び病理検査等の専門的な検査の実施とそれに基づく診断 ・がんの種類や病期に応じて、診療ガイドラインに準じた手術や化学療法(外来での治療を含む。)、放射線療法を組み合わせた集学的治療の実施 ・専門職種による身体及び精神症状に対する緩和ケアの実施 ・相談支援センターを設置し、患者、家族及び地域の医療機関からの相談等に対応(がん診療連携拠点病院) ・初期診断や治療後のフォローアップ、退院後の緩和ケアを行う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 	<ul style="list-style-type: none"> ・専門的あるいは集学的治療後の再発発見のための定期的な診療 ・標準的な診療や集学的治療を行う医療機関等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携 	<ul style="list-style-type: none"> ・標準的な診療や集学的治療を行う医療機関等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携 ・終末期の精神的サポートと、専門的な緩和ケアを24時間実施(緩和ケア病棟を有する病院) ・地域における通院困難な末期悪性腫瘍患者に対して、24時間看取りを含めた終末期ケアを提供(在宅末期医療総合診療科/居宅医療機関) ・医療用麻薬を提供(麻薬小売業者免許照所持薬局)

図 3-2



(2) 脳卒中

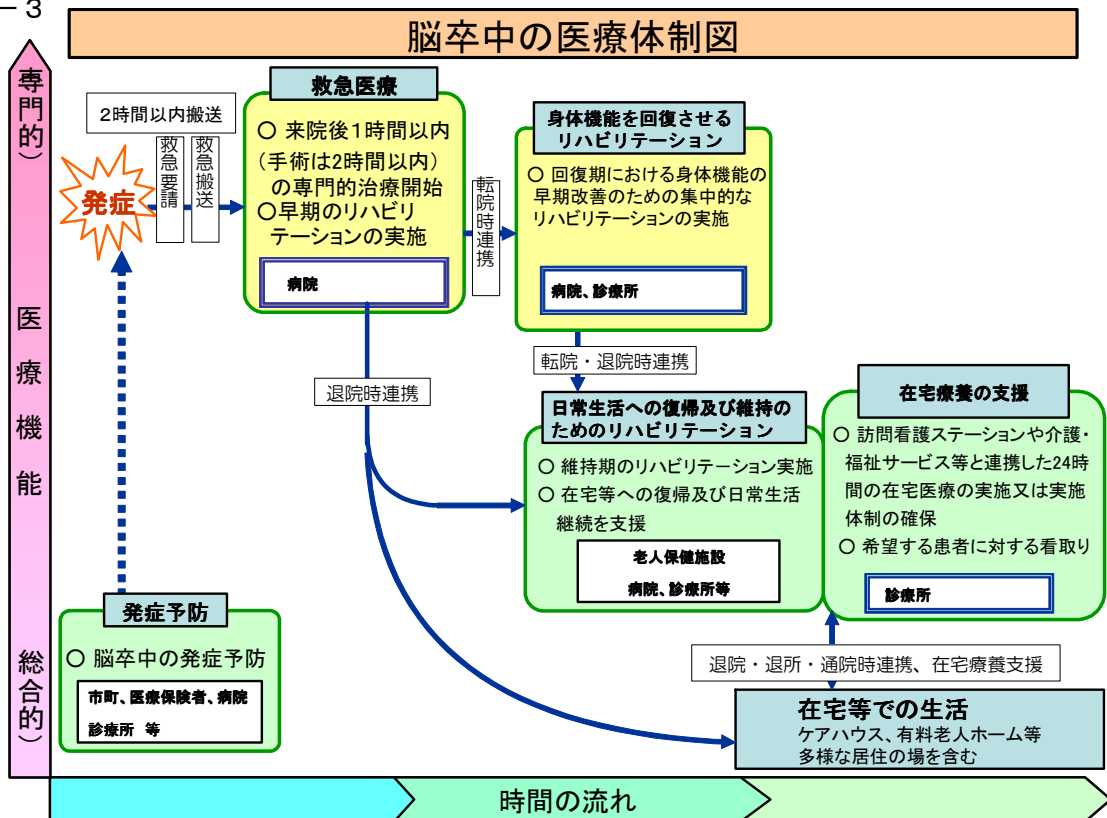
◎ ポイント

- 発症後の速やかな搬送と専門的な治療の開始
- 病期に応じたリハビリテーションの実施

表 3 - 4 脳卒中中の医療体制に求められる医療機能

	発症予防	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	○ 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 ○ 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	○ 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	○ 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 ・医療機関での高血圧等の危険因子の治療	・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、専門的診療が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3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 ・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）、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有、又は脳血管リハビリテーション科 I 算定医療機関） ・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）、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	・24時間体制で患者家族の要請による往診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 希望する患者への看取り（在宅療養支援診療所所属医療機関） ・急性期あるいは回復期、維持期の医療機関や介護保険事業者等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携

図 3 - 3



(3) 急性心筋梗塞

◎ ポイント

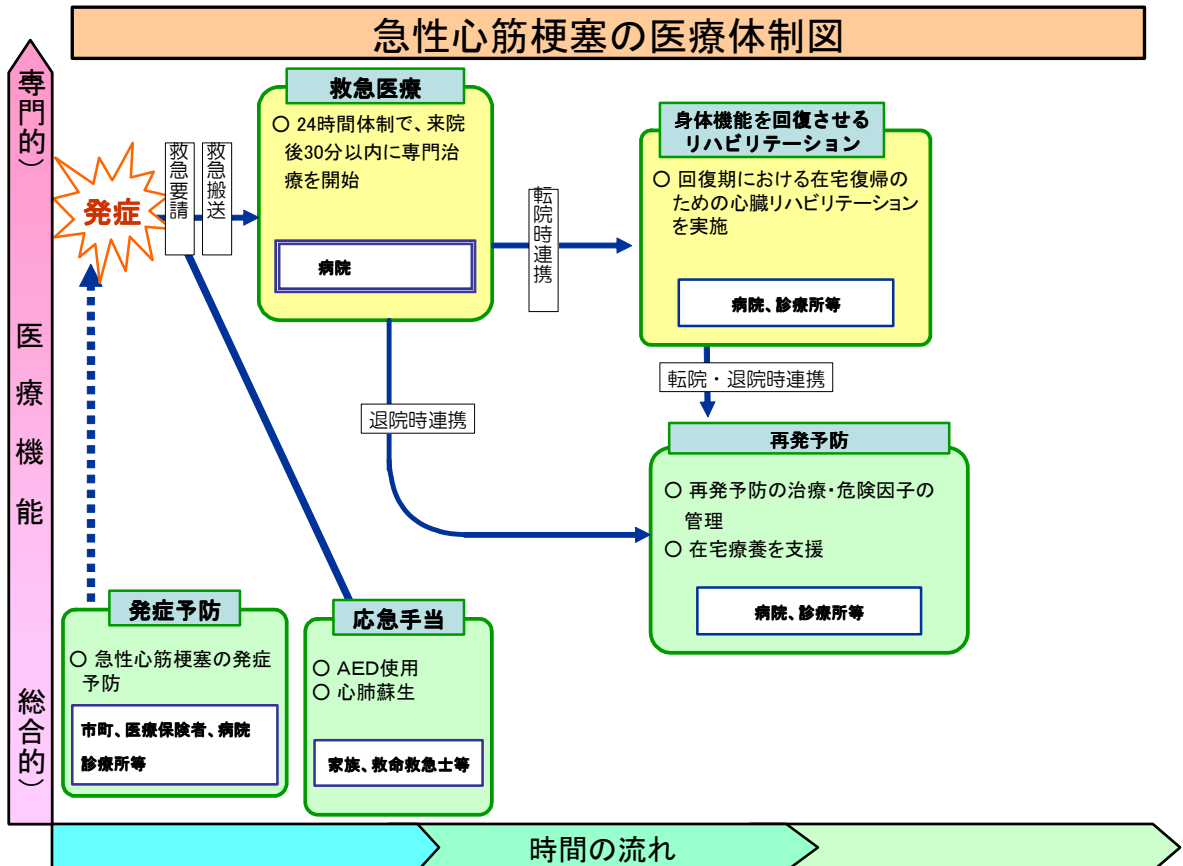
- 発症後の速やかな救命処置と専門的な診療を行う医療機関への搬送

表 3-5

急性心筋梗塞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	○ 急性心筋梗塞の発症予防	○ AEDの使用 ○ 心肺蘇生	○ 24時間体制で、来院後30分以内に専門治療を開始	○ 回復期における在宅復帰のための心臓リハビリテーションを実施	○ 再発予防の治療・危険因子の管理 ○ 在宅療養を支援
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 ・病院、診療所による高脂血症や糖尿病等の治療 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族、救命救急士等によるAED使用や心肺蘇生の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・心電図検査、血液生化学検査、心臓超音波検査、X線検査、CT検査、心臓カテーテル検査、機械的補助循環等必要な検査及び処置を24時間実施 ・急性心筋梗塞を疑われる患者について、専門的な診療を行う医師が24時間対応 ・ST上昇型心筋梗塞の場合、来院30分以内に冠動脈造影検査、及びそれに続く経皮的冠動脈形成術や血栓溶解療法を実施 ・心臓外科的処置が可能であるか、処置可能な医療機関と連携 ・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診療 ・電気的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペースメーカー不全への対応 ・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 ・運動耐容能を評価の上で、運動療法、食事療法等の心臓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 	<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 ・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

図 3-4



(4) 糖尿病

◎ ポイント

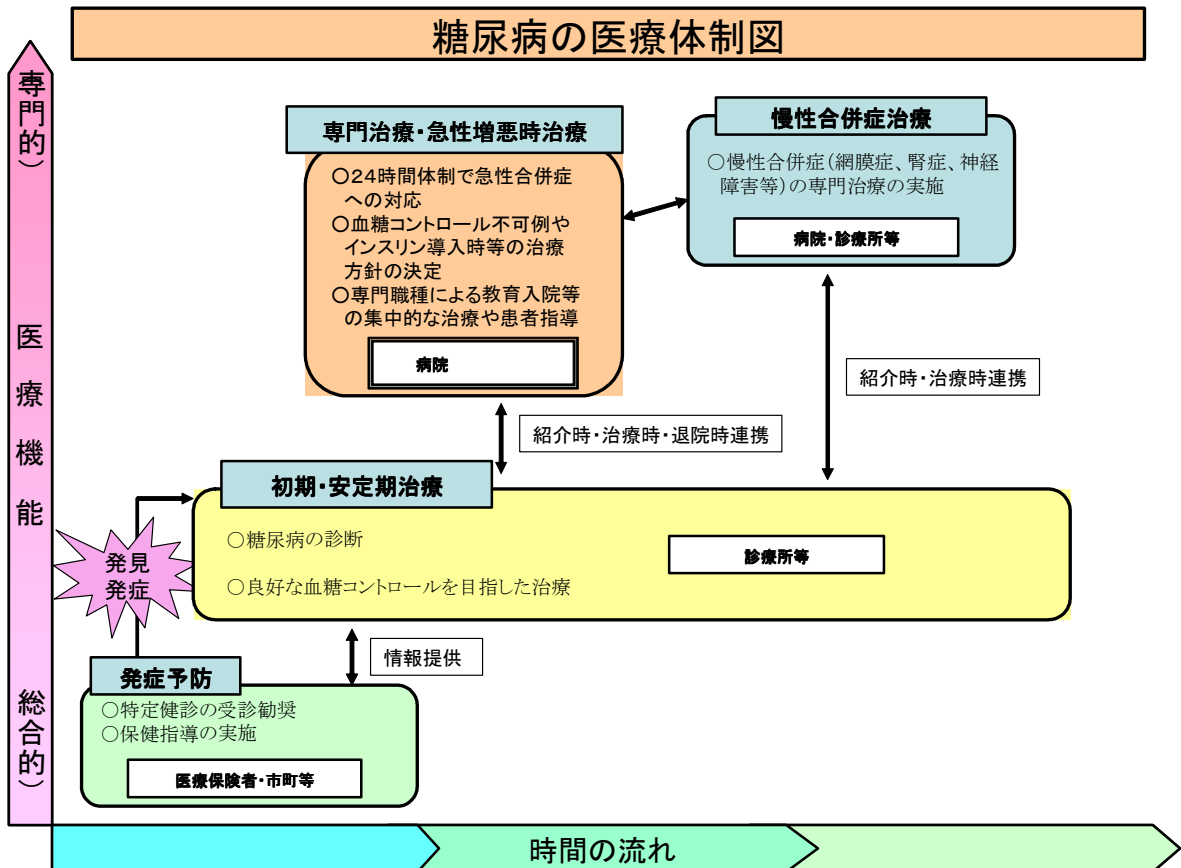
- 糖尿病の治療と合併症の予防
- 血糖コントロール不可例や急性・慢性合併症の治療

表 3 - 6

糖尿病の医療体制に求められる医療機能

	発症予防	初期・安定期治療	専門治療・急性増悪時治療	慢性合併症治療
ポイント	○特定健診の受診勧奨 ○保健指導の実施	○糖尿病の診断 ○良好な血糖コントロールを目指した治療	○24時間体制で急性合併症への対応 ○血糖コントロール不可例やインスリン導入時等の治療方針の決定 ○専門職種による教育入院等の集中的な治療や患者指導	○慢性合併症(網膜症、腎症、神経障害等)の専門治療の実施
機能の説明	・医療保険者・市町等による特定健診・保健指導の実施と受診勧奨	・糖尿病の診断のための必要な検査を実施 ・食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールと専門的な指導を実施 ・専門治療や急性増悪時治療、慢性合併症治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携	・血糖コントロール不可例やインスリン導入時の治療方針の決定 ・糖尿病昏睡等、急性合併症の専門的治療を24時間実施 ・専門職種による食事、運動、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的治療や患者指導(心理問題を含む。) ・初期・安定期や慢性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携	・糖尿病の慢性合併症(糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害等)の専門的な検査・治療を実施 ・初期・安定期治療や専門治療・急性増悪時治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携

図 3 - 5



(5) 喘息

◎ ポイント

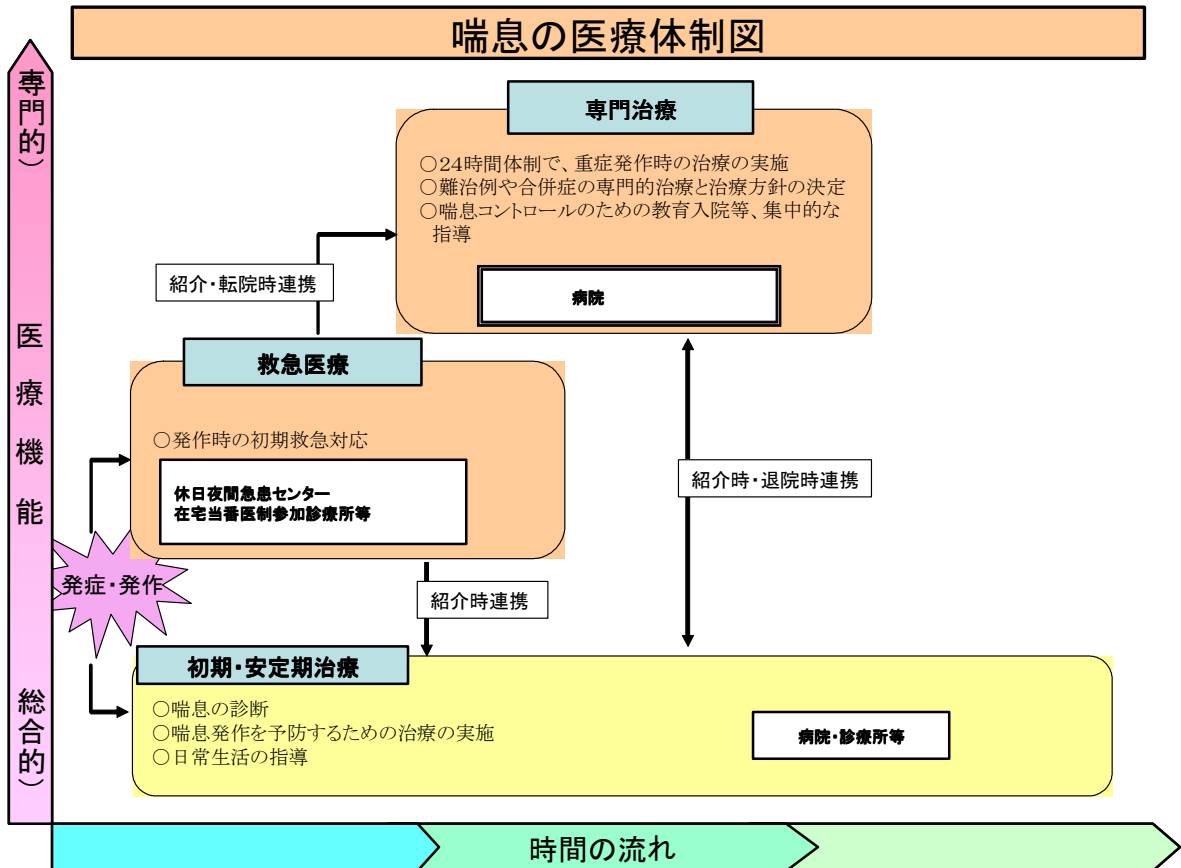
- 発作予防
- 急性発作の治療
- 重症、難治例の専門治療

表 3-7

喘息の医療体制に求められる医療機能

	初期・安定期治療	救急医療	専門治療
ポイント	<ul style="list-style-type: none"> ○喘息の診断 ○喘息発作を予防するための治療の実施 ○日常生活の指導 	<ul style="list-style-type: none"> ○発作時の初期救急対応 	<ul style="list-style-type: none"> ○24時間体制で、重症発作時の治療 ○難治例や合併症の専門的治療と治療方針の決定 ○喘息コントロールのための教育入院等、集中的な指導
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> ・喘息の診断のための必要な検査の実施 ・薬物療法等による発作予防 ・服薬や生活指導の患者指導 ・救急医療や専門治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携 	<ul style="list-style-type: none"> ・発作時の救急医療を実施 ・初期・安定期治療や専門治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携 	<ul style="list-style-type: none"> ・重症発作時における呼吸管理等の治療を24時間実施 ・慢性閉塞性肺疾患や気胸、縦隔気腫等の合併症、併発症の専門的治療 ・診療ガイドラインによる管理でもコントロールが難しい患者への対応 ・専門職種による服薬や吸入指導、教育入院等による集中的な患者指導 ・心身症的合併症への対応 ・初期・安定期治療機関、救急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

図 3-6



(6) 肝炎

◎ ポイント

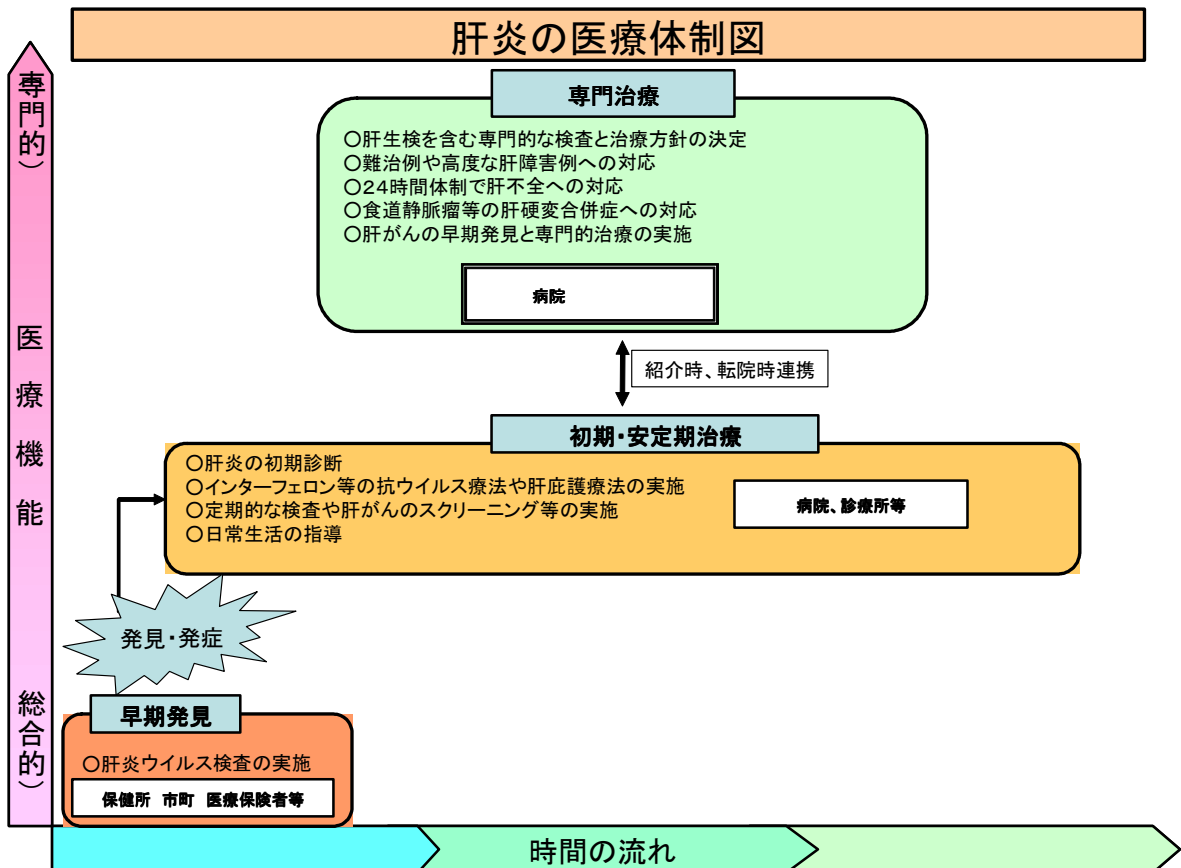
- 肝炎検査による感染の確認と専門的な治療の開始
- 肝がんの早期発見

表 3 - 8

肝炎の医療体制に求められる医療機能

	早期発見	初期診断・安定期治療	専門治療
ポイント	○肝炎ウイルス検査	○肝炎の初期診断 ○インターフェロン等の抗ウイルス療法や肝庇護療法の実施 ○定期的な検査や肝がんのスクリーニング等の実施 ○日常生活の指導	○肝生検を含む専門的な検査と治療方針の決定 ○難治例や高度な肝障害例への対応 ○24時間体制で肝不全への対応 ○食道静脈瘤等の肝硬変合併症への対応 ○肝がんの早期発見と専門的な治療の実施
機能の説明	・保健所、市町、健康保険組合等による肝炎ウイルス検査の実施と受診勧奨	・肝炎の初期診断に必要な検査の実施 ・インターフェロン等の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。) ・定期的な肝機能検査と肝がんのスクリーニング(1次)検査の実施 ・食事等の日常生活の指導 ・専門治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携	【地域肝疾患連携拠点病院】 ・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時間体制で肝不全への対応 ・食道静脈瘤等の肝硬変合併症への対応 ・肝がんの早期発見と専門的な治療(肝切除術、マイクロ波凝固、エタノール注入、ラジオ波焼灼、肝動脈塞栓術等) ・専門職種による食事や運動等の日常生活の指導を実施 ・初期・安定期の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携

図 3 - 7



(7) 精神疾患

◎ ポイント

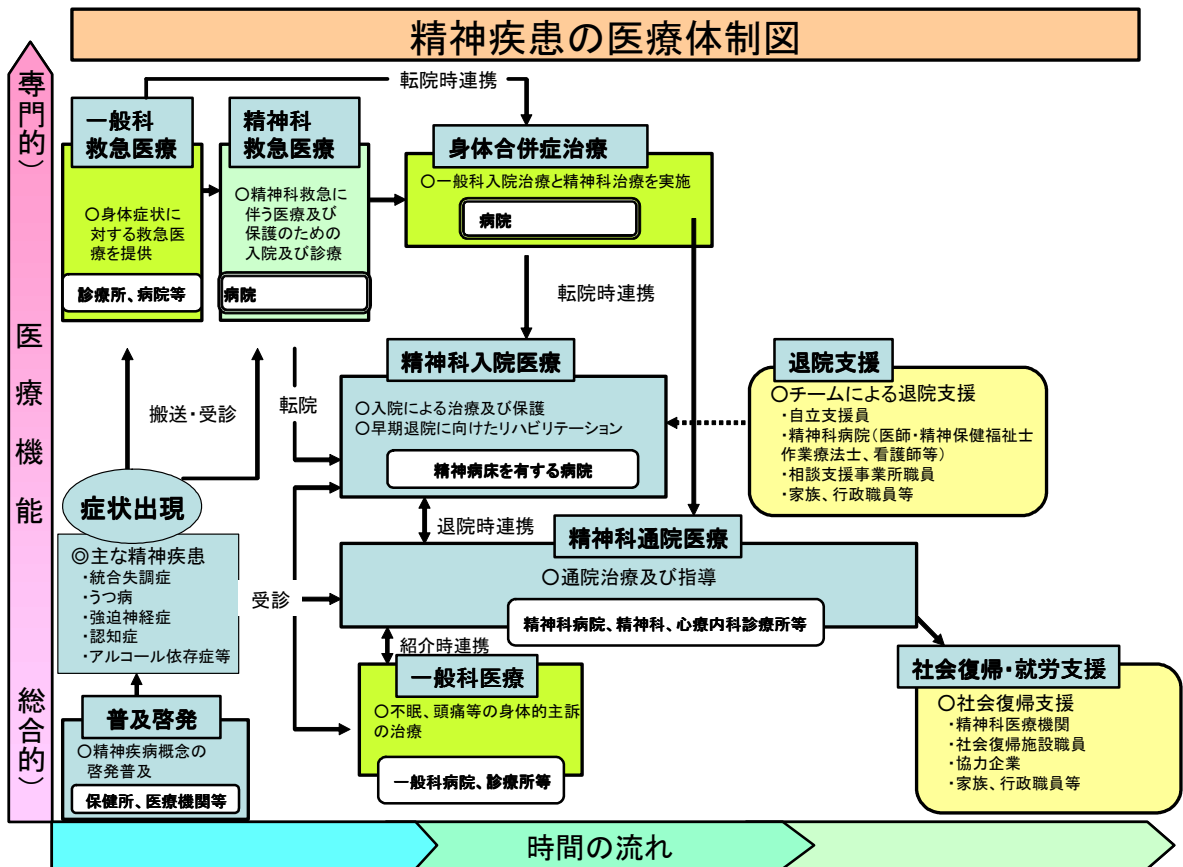
- 精神疾患と他科疾患の合併症の治療
- 入院患者の退院支援

表 3 - 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	○精神疾病概念の啓発普及	○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	○チームによる退院支援	○通院治療及び指導	○社会復帰支援
機能の説明	・精神疾病の理解を推進 ・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	・退院可能な精神障害者の在宅療養に向けた支援を実施	・専門的な精神疾病の治療 ・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 3 - 8



(8) 救急医療

◎ ポイント

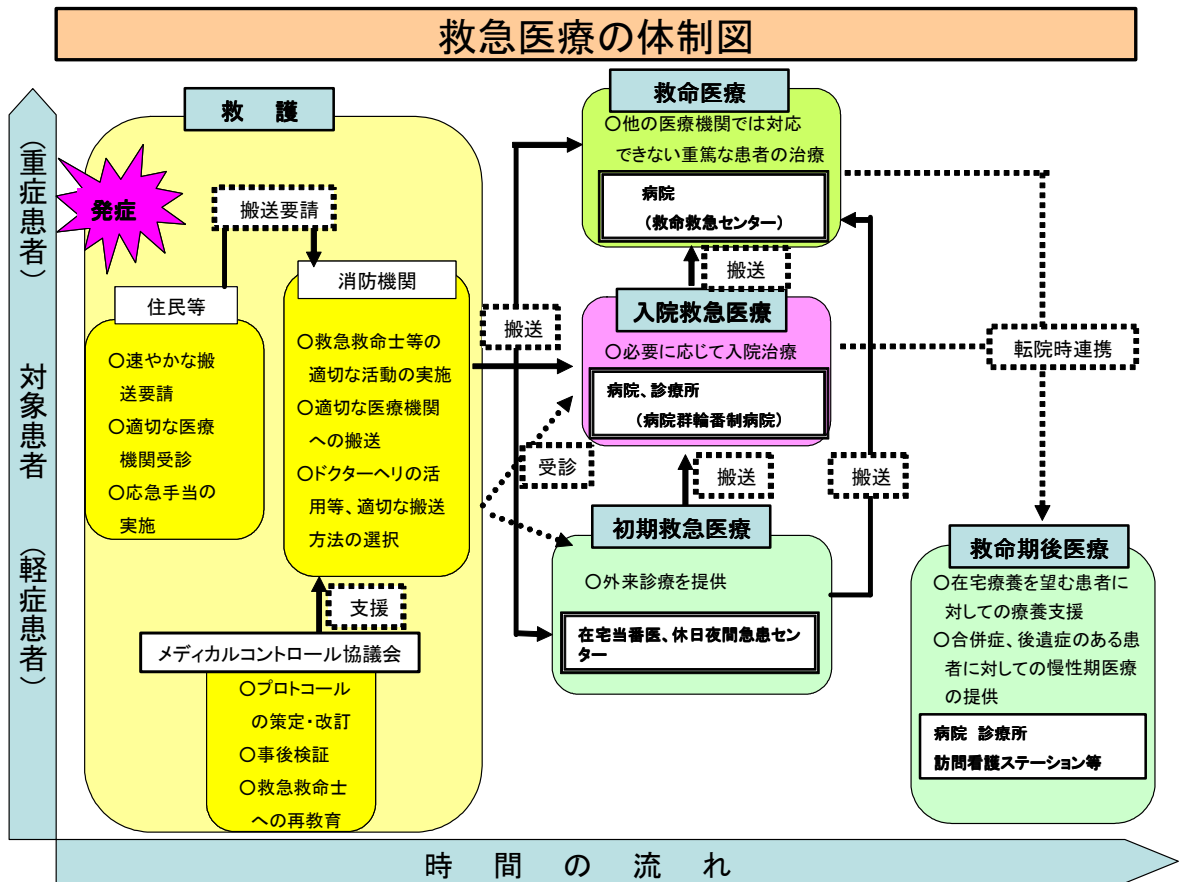
- 適切な病院前救護活動と重症度・緊急度に応じた医療の提供

表 3-10

救急医療の体制に求められる医療機能

	救護	初期救急医療	入院救急医療	救命医療	救命期後医療
ポイント	○適切な病院前救護活動の実施	○外来診療を実施	○必要に応じて入院治療	○他の医療機関では対応できない重篤な患者の治療	○在宅療養を望む患者に対するの退院支援 ○合併症、後遺症のある患者に対するの慢性期医療の提供
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、ドクターヘリ等の活用による救命率の向上 ・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 	<p>【休日夜間急患センター】</p> <p>【在宅当番医】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主として外来における救急医療を実施 ・入院救急医療や救命医療を行う医療機関との連携 	<p>【病院群輪番制病院】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初期救急の後方病院として、休日・夜間に入院医療を必要とする重症患者の受け入れ 	<p>【救命救急センター】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高度な医療施設とスタッフを備え、24時間体制で脳卒中、心筋梗塞、頭部損傷などの重篤救急患者の治療を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・気管切開等のある患者の受け入れ。 ・遷延性意識障害等を有する患者の受け入れ ・精神疾患を合併する患者の受け入れ ・居宅介護サービスの調整

図 3-9



(9) 災害時における医療

◎ ポイント

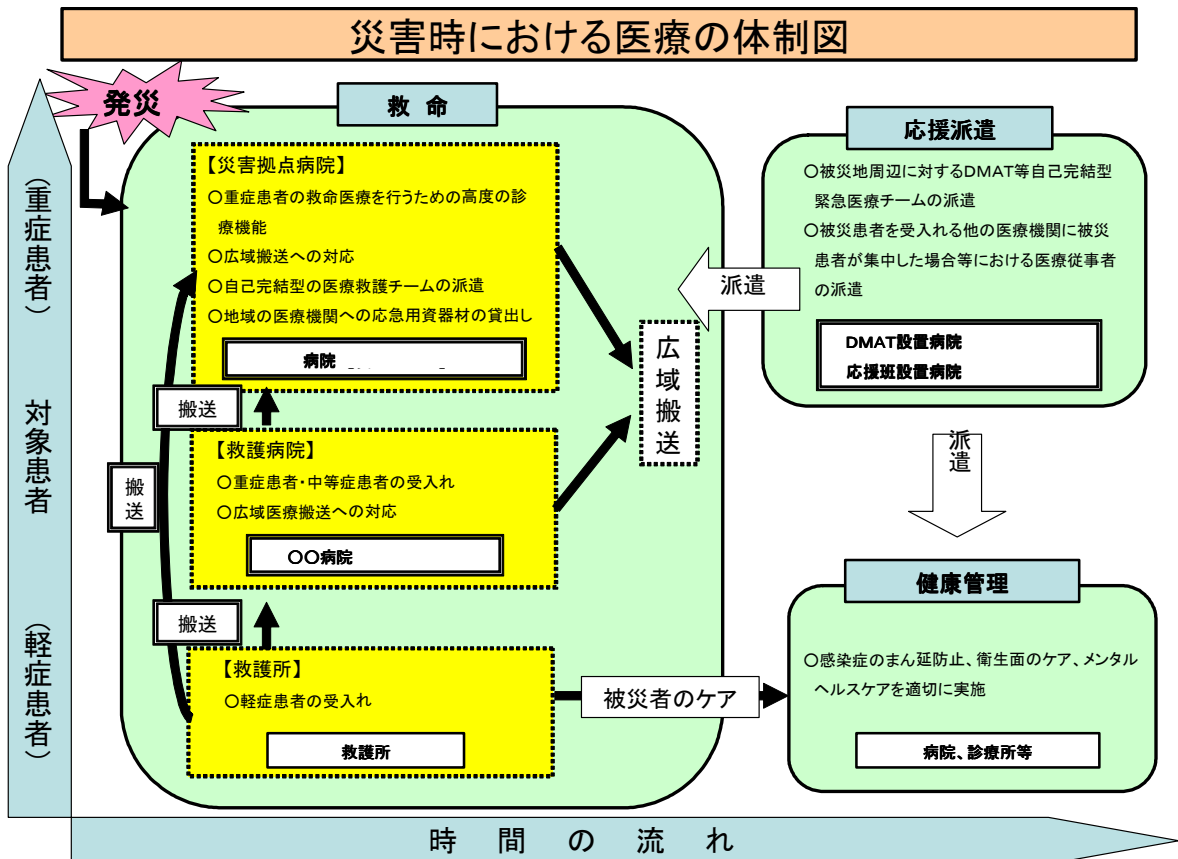
- 災害急性期における必要な医療の提供とその後の住民の健康の確保

表 3-11

災害時における医療体制に求められる医療機能

	救命			応援派遣	健康管理
	【救護所】	【救護病院】	【災害拠点病院】		
ポイント	○軽症患者の受入れ	○重症患者・中等症患者の受入れ ○広域医療搬送への対応	○重症患者の高度な救命医療 ○広域搬送への対応機能 ○自己完結型の医療救護チームの派遣 ○地域の医療機関への応急用資器材の貸出し	○被災地周辺に対するDMAT等自己完結型緊急医療チームの派遣 ○被災患者を受け入れる他の医療機関に被災患者が集中した場合等における医療従事者の派遣	○感染症のまん延防止、衛生面のケア、メンタルヘルスクアを適切に実施
機能の説明	・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	・重症患者及び中等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	・救護病院を設置することが困難な市町の重症患者等の処置及び受入れ、他の医療救護施設での処置の困難な重症患者の処理及び受入れ ・救護所や救護病院との連携	【DMAT設置病院】 ・被災地に迅速に駆けつけ、救急医療を行うための専門的な訓練を受けたチーム(DMAT)を設置 【応援班設置病院】 ・災害時医療スタッフの不足する病院に広域的な医師の派遣を行うために病院の規模に応じ応援班を設置	・感染症のまん延防止、衛生面のケア、メンタルヘルスクアの実施 ・携行式の応用医療資器材、応急用医薬品の準備。 ・DMAT等の急性期医療チームと連携

図 3-10



(10) へき地の医療

◎ ポイント

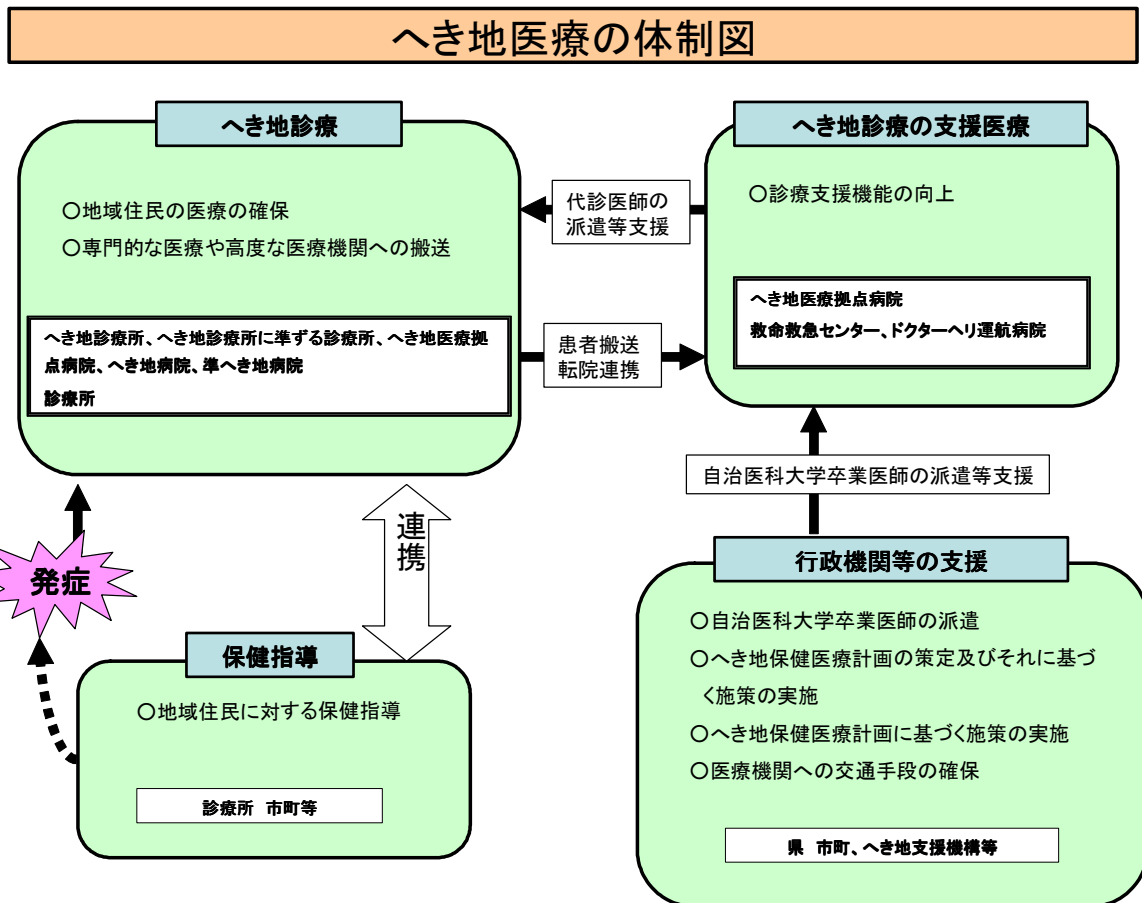
- へき地における医療の確保と診療支援

表 3-12

へき地の医療体制に求められる医療機能

	保健指導	へき地診療	へき地診療の支援医療
ポイント	○地域住民に対する保健指導	○地域住民の医療の確保 ○24時間365日対応可能な体制 ○専門的な医療や高度な医療機関への搬送	○診療支援機能の向上
機能の説明	・保健師等による保健指導の実施 ・保健所及び最寄のへき地診療所との連携	【へき地診療所、へき地診療所に順ずる診療所】 【へき地医療拠点病院、へき地病院、準へき地病院】 ・プライマリーケアの実施 ・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。

図 3-11



(11) 周産期医療

◎ ポイント

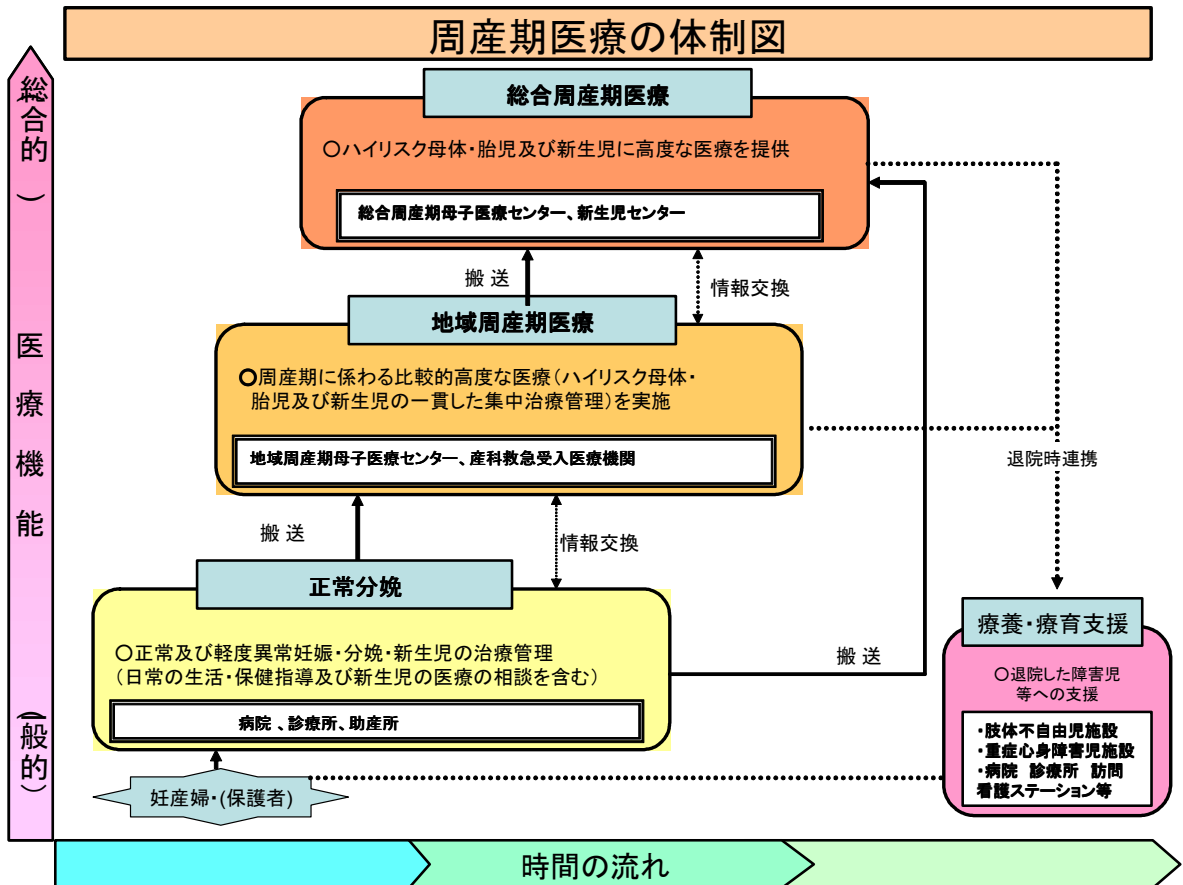
- 地域周産期施設間の連携による安全な分娩
- 24 時間対応可能な周産期救急と新生児医療の提供

表 3-13

周産期医療の体制に求められる医療機能

	正常分娩	地域周産期医療	総合周産期医療	療養・療育支援
ポイント	○正常及び軽度異常妊娠、分娩、新生児の治療管理（日常生活、保健指導及び新生児の医療の相談を含む。）	○周産期に関わる比較的高度な医療（ハイリスク母体、胎児及び新生児の一貫した集中治療管理）を実施	○ハイリスク母体、胎児及び新生児に高度な医療を提供	○退院した障害児や家族等への支援
機能の説明	・産科に必要とされる検査、診断、治療を実施（助産所を除く。） ・正常分娩を実施 ・他の医療機関との連携により、合併症や、リスクの低い帝王切開術、その他の手術に適切に対応 ・妊産婦のメンタルヘルスへの対応	【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 ・地域周産期医療関連施設との連携	【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 【新生児センター】 ・新生児専用救急車両を有し、未熟児等重症な新生児治療管理を実施	・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 3-12



(12) 小児医療（小児救急医療を含む。）

◎ ポイント

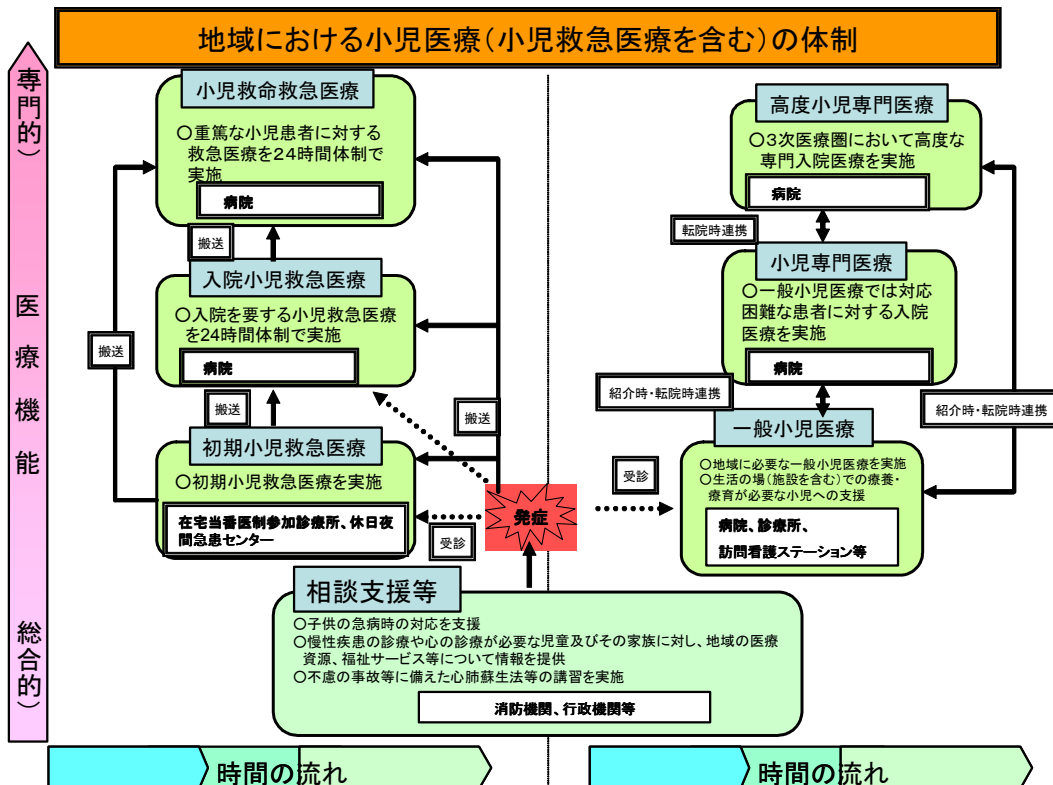
- 小児患者の症状に応じた対応と家族の支援

表 3-14

小児医療（小児救急医療を含む。）の体制に求められる医療機能

	相談支援等	初期小児救急医療	入院小児救急医療	小児救命救急医療	一般小児医療	小児専門医療	高度小児専門医療
ポイント	<ul style="list-style-type: none"> ○子供の急病時の対応を支援 ○慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療資源、福祉サービス等について情報を提供 ○不慮の事故等に備えた心肺蘇生法等の講習の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ○初期小児救急医療を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ○入院を要する小児救急医療を24時間体制で実施 	<ul style="list-style-type: none"> ○重篤な小児患者に対する救急医療を24時間体制で実施 	<ul style="list-style-type: none"> ○地域に必要な一般小児医療を実施 ○生活の場(施設を含む)での療養・療育が必要な小児への支援 	<ul style="list-style-type: none"> ○一般小児医療では対応困難な患者に対する入院医療を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ○3次医療圏において高度な専門入院医療を実施
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> ・住民等への電話相談事業の周知や救急蘇生法等の適切な処置の講習を実施 ・消防機関等による心肺蘇生法や不慮の事故予防の指導や適切な医療機関への速やかな搬送 ・小児救急電話相談事業の実施、慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療福祉サービス等についての情報を提供 	<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 3-13



3 疾病又は事業ごとの医療体制構築の数値目標

疾病又は事業ごとに医療連携体制を構築することによって、医療機関相互の連携の下で、適切な医療サービスが切れ目なく提供され、早期に在宅に復帰できるようにする取組について、以下の数値目標を設定します。

表 3-15

が ん	「集学的治療」を担う医療機関における 5 大がん (P. 34 ※2) の地域連携クリティカルパス導入率	100% (平成 24 年度末)
脳卒中	「救急医療」を担う医療機関における地域連携クリティカルパス導入率	

4 疾病又は事業ごとの医療体制構築の取組

(1) が ん

- ア しずおか健康創造 2 1 アクションプランに基づき、県民の喫煙など生活習慣の改善を推進します。
- イ 病院、診療所等における禁煙外来、敷地内禁煙を推進します。
- ウ がん検診は、平成 20 年度から健康増進法に基づく検診として実施されますが、市町、健康保険組合等において実施されているがん検診の受診率向上を図るとともに、精密検査を要する者が確実に医療機関を受診するように勧奨します。
- エ 乳がんマンモグラフィ検診従事者養成講習会等、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とともに、検診の精度管理向上のための検討会等を開催するなど、がん検診の精度の向上を進めます。
- オ がん治療に関わる地域の医療機関の手術や処置件数を「医療ネットしずおか」により情報提供します。
- カ 地域において、病期に応じた切れ目のないがん医療を受けられるように医療連携を推進するとともに、地域連携クリティカルパス(※1)の推進を図ります。
- キ 緩和ケアの指導者を育成するとともに、がん診療に携わるすべての医師に対して緩和ケアの研修を実施し、緩和ケアの基本的な知識を習得できるように努めます。
- ク 施設のみならず、希望した患者が在宅でも終末期医療を受けられるような体制の構築を図ります。

(2) 脳卒中

- ア 発症予防
 - (ア) 平成 20 年 4 月から新たに始まる生活習慣病対策を通じ、各医療保険者が実施する特定健康診査・特定保健指導を推進し、生活習慣病の改善に向けた保健指導や受診勧奨など発症予防のための取組を進めます。
 - (イ) 患者の定期的な受診と医療機関による基礎疾患の適切な治療を進めます。
- イ 発症後医療等
 - (ア) 救急医療体制の整備、充実を図ります(「(8)救急医療」を参照)。
 - (イ) 初期症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対して啓発します。
 - (ウ) 脳卒中の救急医療を担う医療機関を中心に、地域連携クリティカルパス(※1)の普及を図ります。

- (エ) リハビリテーション医療の体制整備、充実を図ります。
- (オ) 地域における脳卒中の各病期を担う医療機関等の密接な機能分担と業務の連携を図ります。

(3) 急性心筋梗塞

ア 発症予防

- (ア) 平成20年4月から新たに始まる生活習慣病対策を通じ、各医療保険者が実施する特定健康診査・特定保健指導を推進し、生活習慣病の改善に向けた保健指導や受診勧奨など発症予防のための取組を進めます。
- (イ) 患者の定期的な受診と医療機関による基礎疾患の適切な治療を進めます。

イ 発症後医療等

- (ア) 救急医療体制の整備、充実を図ります（「(8)救急医療」を参照）。
- (イ) 発症を疑うような症状の出現時における救護処置等について普及・啓発するとともに、AED設置等体制整備を促進します。
- (ウ) 地域における急性心筋梗塞の各病期を担う医療機関等の密接な機能分担と業務の連携を図ります。

(4) 糖尿病

ア 平成20年4月から新たに始まる生活習慣病対策を通じ、各保険者が実施する特定健康診査・特定保健指導を推進し、生活習慣病の改善に向けた保健指導や受診勧奨など発症予防や糖尿病の早期発見のための取組を進めます。また、検診で異常が見つかった人には、速やかな医療機関への受診を勧奨します。

イ 自己血糖測定など患者自らの疾病管理に加え、定期的な受診を勧奨するとともに、糖尿病に関する正しい知識の普及を図ります。

ウ 安定期の治療を行う医療機関と血糖コントロール困難例への治療やインスリン導入などを行う専門医療機関、慢性合併症の治療を行う医療機関との、地域での切れ目のない医療体制の整備を進めるとともに、情報提供を行っていきます。

(5) 喘息

ア 適切な治療の推進や継続的な受診の確保のため、喘息とその治療に関する正しい知識の普及を図ります。

イ 喘息の悪化を防ぐため、関係機関の協力の下、患者の医療機関への定期的な受診を勧めます。

ウ 平常時におけるピークフローメーター（※3）や喘息日誌などを活用した評価や、発作時は、医療機関において速やかに適切な処置が行えるように患者カード等の携帯を進めます。

エ 専門的な治療を提供できる医療機関の情報提供を行うとともに、地域での医療連携を進めます。

(6) 肝炎

ア 市町や保健所、健康保険組合などによる肝炎ウイルス検査の実施と検査の受診率の向上を図ります。

イ 検査陽性者の確実な医療機関への受診を図ります。

ウ 2次保健医療圏ごとに、専門的な肝疾患の診断や治療を行う「地域肝疾患診療連携拠点病院」を指定し、地域での医療連携体制を構築します。

エ 肝炎に対する正しい知識の普及及び医療機関への定期的な受診を勧奨しま

す。

(7) 精神疾患

ア 身体合併症治療

- (ア) 一般科医師と精神科医師との連携を推進していきます。
- (イ) 一般科救急医療と精神科救急医療と連携し救急医療に対応する体制を整備します。
- (ウ) 2次保健医療圏ごとに、精神疾患を有する患者が身体合併症の専門的入院治療を必要とした場合に、総合病院等において一般科医師と精神科医師が診療情報や治療計画を共有し診療に対応する体制（コンサルテーション・リエゾン）を構築します。
- (エ) 精神科治療における医療保護及び措置入院が必要な患者が、併せて身体合併症の入院治療を必要とした場合に、精神科治療及び一般科治療のより専門的かつ高度医療の提供が可能な医療体制を整備します。

イ 退院可能精神障害者

- (ア) 退院可能な精神障害者の入院医療から在宅療養に向け、医療・保健・福祉の関係機関の専門スタッフで構成するチーム支援体制を整備します。
- (イ) 各精神科病院において、早期退院に向けて退院可能な患者の生活訓練を行うとともに、県では2次保健医療圏域を基に退院促進支援事業(※4)の推進を図ります。

(8) 救急医療

ア 救急搬送

- ・ 関係機関の情報について、より一層の共有化を図り、迅速かつ適切な救急搬送を可能とする体制整備を進めます。
- ・ 患者の適切な受療行動の啓発に努めます。

イ 救急医療体制

(ア) 初期救急医療

- ・ 体制未整備地域や診療時間に空白のある地域について、市町や地域の医師会と連携して体制の整備・充実を進めます。

(イ) 第2次救急医療（入院救急医療）

- ・ 市町や地域の関係機関の協力を得て、体制の確保、充実に努めます。必要な施設、設備については市町と連携して整備、拡充を図ります。

(ウ) 第3次救急医療（救命医療）

- ・ 重篤救急医療患者の医療を行う救命救急センターに必要な施設、設備の整備拡充を進めます。

ウ 病院前救護体制

(ア) メディカルコントロール体制（※5）

- ・ 救急救命士を対象とする講習・実習を継続的に実施し、救急救命士の資質の向上を図ります。
- ・ 県民向けの救命講習を継続的に開催し、AEDの使用を含め、心肺蘇生法の普及を図ります。

(イ) ドクターヘリ

- ・ ドクターヘリの運航体制の確保、充実を図ります。また、119番通報から救急現場での診療着手までの時間のより一層の短縮を図るとともに、事後検証による救急医療技術の質の向上を図ります。

(9) 災害時における医療

ア 医療救護活動

- (ア) 施設の耐震化やライフラインの確保など災害拠点病院、救護病院における施設面での整備を引き続き推進します。
- (イ) 医療救護活動が円滑に行われるよう、医療救護計画の必要に応じた見直しを行うほか、平常時から医療機関のマニュアル整備や市町医療救護体制の整備指導や、防災訓練等を通じ、院内の体制整備及び関係機関との連携体制の強化を図ります。
- (ウ) N B C 災害に対応するための知識の普及などを進めていきます。

イ 広域医療搬送

- (ア) 関係機関が連携して広域医療搬送訓練を実施し、搬送体制の検証と習熟に努めていきます。
- (イ) 広域医療搬送に使用するヘリポートの確保体制の整備を進めます。
- (ウ) 関係団体や市町とも協力しながら患者搬送手段の確保に引き続き努めていきます。

ウ 医療支援

- (ア) 災害派遣医療チーム（DMAT）の運用や活動に関する基準を整備し、協定を締結して、災害急性期での活動の体制を確立していきます。
- (イ) 消防との連携の構築、訓練への参加や研修の実施によりDMATの資質の向上に努めていきます。

エ 災害時の健康管理

- (ア) 被災者の身体及びこころの健康管理を支援するため、救護班、行政機関に加え、栄養士や歯科衛生士などの確保体制を整えていきます。
- (イ) 自主防災組織、民生・児童委員、市町職員等の被災者に接する多くの協力者との協働により、支援体制を充実します。

オ 災害時の情報把握

- (ア) 広域災害・救急医療情報システムや総合防災情報支援システム（ASSIST-II）（※6）などの防災情報システムによる災害拠点病院等の医療救護施設や市町災害対策本部との迅速な情報伝達や情報共有、医療救護に係る支援要請等に対する連絡・処理体制を通信手段の確保とともに充実させます。
- (イ) 広域災害・救急医療情報システム等は訓練での使用や必要に応じた研修などの実施により習熟を図り、実効性を高めていきます。

カ その他

- (ア) 医師、看護師等医療従事者へのトリアージ等（広域搬送トリアージを含む。）災害医療知識の普及を図るため、関係団体との協力の下に災害医療技術の研修を実施します。
- (イ) 医薬品、血液などの確保・供給体制の一層の整備、充実を図ります。
- (ウ) 地域住民を対象に、災害時における医療救護体制、応急手当法等の知識の普及を図るとともに、救急医薬品の配備についての啓発を進めます。

(10) へき地の医療

ア へき地における医療の確保

- (ア) 無医地区の医療及び特定の診療科の関わる医療を確保するため、へき地医療拠点病院（※7）の医師等による巡回診療の推進を図ります。
- (イ) 定期的な患者輸送や道路整備など専門的な医療や高度な医療を行う医療

機関へ搬送する体制を整備します。

イ へき地における診療支援

- (ア) へき地医療支援機構を充実・強化し、総合的なへき地対策の企画・立案を行います。
- (イ) 自治医科大学卒業医師の配置と大学、病院、地域医師会等との連携により、へき地勤務医師の定着を促進します。
- (ウ) 医師等がへき地に勤務しやすい環境づくりのため、代診医師派遣制度の充実、医師等の勤務条件の改善、診療所の施設・設備の整備を推進します。
- (エ) へき地住民の健康増進を図るため、健康教育をはじめ、健康相談、健康診断、家庭訪問、保健師の派遣など保健活動を充実・強化します。

(11) 周産期医療

- ア 周産期医療に従事する医師の負担軽減を図り、ハイリスク妊婦、ハイリスク新生児への医療に専念できる体制の整備をすすめます。
- イ 正常分娩を行う医療機関と地域周産期医療施設、総合周産期医療施設との機能分担と連携強化を図ります。
- ウ 妊婦健診受診の重要性について、妊婦への普及啓発を図ります。
- エ 地域周産期母子医療センター、総合周産期母子医療センターや新生児センターの充実を図るとともに、東部及び中部地域にもそれぞれ総合周産期母子医療センターの整備を進めます。特に、総合周産期母子医療センターにおいては、医療情報センターとして、医療従事者への研修の充実を図ります。
- オ 産科医師、未熟児管理を行う小児科医の負担軽減を図るための施策を推進します。

(12) 小児医療（小児救急医療を含む。）

ア 相談支援等

- (ア) 小児救急電話相談について、積極的に広報を行い、利用の促進を図ります。
- (イ) 教師や保護者等に対し、救命講習を行いAEDの使用を含め、心肺蘇生法の普及を図ります。

イ 小児医療

- (ア) 県立病院小児科医の派遣により、公的病院の支援に努めます。
- (イ) 一般小児医療を担う医療機関、小児専門医療を担う病院及び県立こども病院との連携を図り、病院勤務の小児科医の負担の軽減に努めます。

ウ 小児救急医療

- (ア) 市町や地域の医師会と連携して、初期小児救急医療体制の整備・充実を進めます。
- (イ) 独自に第2次小児救急医療（入院小児救急）体制を確保できない地域について、隣接の救急医療圏の病院との連携により救急医療体制を確保します。

また、北遠救急医療圏域については、西遠救急医療圏域に小児救急医療拠点病院を整備することによる救急医療体制の確保を検討します。

- (ウ) ドクターヘリの活用や県立こども病院に整備された小児集中治療センター、消防機関との連携を図り、救命率の向上を目指します。

<<用語解説>>

※1 地域連携クリティカルパス

疾病別に、疾病の発生から診断、治療、リハビリ、在宅療養までを、複数の医療機関、施設にまたがって作成する一連の診療計画

※2 5大がん

肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がん

※3 ピークフローメーター

ピークフロー（大きく息を吸い込んで力いっぱい息を吐き出す強さ（速度）のことで、気管支の状態を客観的に評価するために重要な指標）を測定する器具

※4 退院促進支援事業

精神科病院の入院者のうち「退院可能精神障害者」に対し、退院に向けての各種訓練を行いながら退院を促進するとともに、自立の促進を支援

※5 退院促進支援事業

精神科病院の入院者のうち「退院可能精神障害者」に対し、退院に向けての各種訓練を行いながら退院を促進するとともに、自立の促進を支援

※6 総合防災情報支援システム(ASSIST-II)

市や町からの要請情報を把握し応答していくシステムへき地における住民の医療を確保することを目的に、へき地診療所への代診医等の派遣、へき地医療従事者に対する研修、遠隔診療支援等の診療支援事業等が実施可能な病院を都道府県で「へき地医療拠点病院」として指定している。へき地医療支援機構の指導・調整の下に各種事業を行う。

※7 へき地医療拠点病院

へき地における住民の医療を確保することを目的に、へき地診療所への代診医等の派遣、へき地医療従事者に対する研修、遠隔診療支援等の診療支援事業等が実施可能な病院を都道府県で「へき地医療拠点病院」として指定している。へき地医療支援機構の指導・調整の下に各種事業を行う。

第3節 平均在院日数の短縮

1 平均在院日数の現状

平均在院日数とは、病院に入院した患者の1回当たりの平均的な入院日数を示すものです。

本県の平均在院日数は、全病床で31.9日と全国で9番目に短く、うち医療費の対象となる病床については、28.8日と全国で7番目に短くなっています。

病床種別ごとに見ると、一般病床は16.9日と全国で最も短くなっていますが、療養病床は195.6日と全国平均よりも長くなっています。

なお、医療費の対象となる病床の平均在院日数が最も短い都道府県は、長野県の25.0日で、本県との差は3.8日です。

表3-16 平均在院日数（平成18年病院報告）

	全病床		うち 医療費		一般病床		療養病床		精神病床		感染症病床		結核病床	
	日数	順位	日数	順位	日数	順位	日数	順位	日数	順位	日数	順位	日数	順位
静岡県	31.9	9	28.8	7	16.9	1	195.6	38	302.3	14	38.7	34	77.8	34
全国	34.7	—	32.2	—	19.2	—	171.4	—	320.3	—	9.2	—	70.5	—
長野県	26.7	1	25.0	1	16.9	1	99.7	2	262.6	6	6.2	15	87.9	41

参考 平均在院日数の算定式（病院報告）

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{調査期間中に在院した患者の延べ数}}{(\text{調査期間中の新入院患者数} + \text{退院患者数}) \div 2}$$

2 平均在院日数の目標値

平成24年度の平均在院日数の目標値は、厚生労働省が定めた考え方の算定式を採用し、平成24年度末の医療費の対象となる病床の平均在院日数を27.5日とします。

参考 算定式

目標とする平均在院日数＝
（平成24年病院報告）

$$[\text{本県の平均在院日数}] - (([\text{本県の平均在院日数}] - [\text{最短県の平均在院日数}]) \times 1 / 3)$$

（平成18年病院報告）

$$= 28.8 \text{ 日} - ((28.8 \text{ 日} - 25.0 \text{ 日}) \times 1 / 3)$$

$$= 28.8 \text{ 日} - 1.3 \text{ 日 (小数第2位を切り上げ)} = 27.5 \text{ 日}$$

第4章 医療費

第1節 医療費の現状

患者の所在地に基づいて推計した静岡県及び全国の医療費は、以下のとおりです。

表4-1 本県及び全国の医療費の状況 (単位 円)

カッコ内は、一人当たり医療費

	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
平成17年度	8,864億 (234千)	2,961億 (78千)	3,683億 (97千)	331,298億 (259千)	121,178億 (95千)	128,499億 (101千)
平成14年度	8,962億 (237千)	3,004億 (79千)	3,805億 (101千)	311,240億 (244千)	115,149億 (90千)	123,963億 (97千)
平成11年度	8,313億 (220千)	2,840億 (75千)	3,650億 (97千)	309,337億 (244千)	113,990億 (90千)	126,142億 (100千)
⑰/⑭	98.9% (98.7%)	98.6% (98.7%)	96.8% (96.0%)	106.4% (106.1%)	105.2% (105.6%)	103.7% (104.1%)
⑭/⑪	107.8% (107.7%)	105.8% (105.3%)	104.2% (104.1%)	100.6% (100.0%)	101.0% (100.0%)	98.3% (97.0%)
⑰/⑪	106.6% (106.3%)	104.3% (104.0%)	100.9% (100.0%)	107.1% (106.1%)	106.3% (105.6%)	101.9% (101.0%)

出典 国民医療費(平成11、14、17年度)厚生労働省

※ 一般医療費は、医療費全体から、歯科診療、薬局調剤、入院時食事及び訪問看護に関する医療費を除いたものである。

第2節 医療費の推計及び見通し

標準的な都道府県医療費の推計方法を使用すると、平成20年度における本県医療費は9,286億円、平成24年度には1兆0,659億円となります。

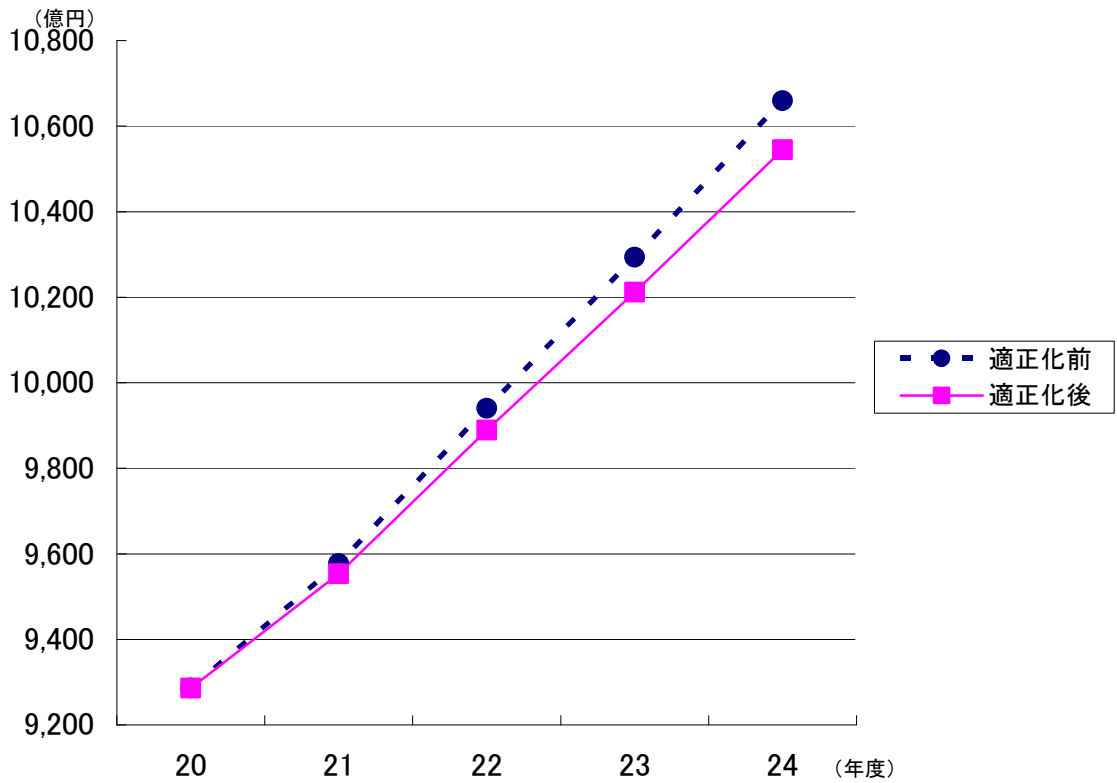
この計画の数値目標を達成した場合の見通しは、平成24年度に1兆0,545億円となります。

適正化効果としては、平均在院日数の目標値を達成した場合の影響のみを見込んでいます。

表4-2 本県における医療費の見通し

	推計額 (適正化前)	見通し額 (適正化後)	適正化効果 (差引)
平成20年度	9,286億円	9,286億円	—
平成21年度	9,577億円	9,553億円	44億円
平成22年度	9,940億円	9,889億円	51億円
平成23年度	1兆0,293億円	1兆0,212億円	81億円
平成24年度	1兆0,659億円	1兆0,545億円	114億円

図4-1 計画期間中における医療費の見通し



(参考) 標準的な都道府県医療費の推計方法における適正化効果

項目	適正化効果 (医療費への影響)	
生活習慣病対策	見込まない。	医療費への影響が現れるのにタイムラグがあると考えられることから、平成25年度以降に見込む。
医療の効率的な提供	平均在院日数の短縮 (目標値達成分) を見込む。(※)	入院医療費への効果 ・総入院日数は短縮 ・1日当たり費用は高くなる (医療行為が短期間に集中)

※ 療養病床の病床数、地域連携クリティカルパス導入率等の目標達成効果は、個別に見込まない。

第5章 計画の進行管理

第1節 計画の評価

1 中間評価

計画の中間年(平成22年度)に、計画の進捗状況に関する評価を行うとともに、その結果を公表します。

評価の結果は、次期計画の策定に活用するとともに、必要に応じ平成24年度までの計画の見直しに活かします。なお、評価の結果、目標達成のために必要がある場合、診療報酬に関する意見提出をすることが出来ます。

2 実績評価

計画終了年度の翌年度(平成25年度)に、目標の達成状況及び施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、実績に関する評価を行います。

診療報酬に関する意見の提出は中間評価と同様ですが、全国医療費適正化計画の実績評価に基づき、厚生労働大臣から診療報酬について協議があった場合は、適切に対応します。

第2節 計画の進行管理

1 生活習慣病対策

しずおか健康創造21アクションプランの推進を通じ、進行管理を行います。

2 疾病又は事業ごとの医療体制の構築

静岡県保健医療計画の推進を通じ、進行管理を行います。

3 療養病床の再編成

静岡県地域ケア体制整備構想の推進を通じ、進行管理を行います。