

静岡県医療費適正化計画

平成 25 年 3 月
静 岡 県

はじめに

本県では、健康長寿日本一、地域のくらし満足度日本一の実現に向けて、健康寿命の延伸や生活の質の向上を目指す「ふじのくに健康増進計画」、いつでも安心して必要な保健医療サービスが受けられる体制を整備するための基本指針である「静岡県保健医療計画」、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の「ふじのくに長寿社会安心プラン」を策定し、その推進に取り組んでまいりました。

医療費適正化計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、“住民の健康の保持”と“医療の効率的な提供の推進”について、国と政策目標を共有し、県民、医療保険者、医療機関、市町など関係機関と協働して、その取組を進めていくものであり、今回は、平成20年～24年を計画期間とする第1期静岡県医療費適正化計画に引き続く第2期静岡県医療費適正化計画という位置付けとなっております。

本県の医療費適正化計画において目指すものは、県民の健康長寿であり、くらし満足度であります。

このため、計画の策定に当たっては、本県が推進している健康福祉施策との整合性を図るという考えに立ち、数値目標や施策についても、静岡県保健医療計画など関連計画の見直しの過程で検討してまいりました。

今後の本県健康福祉施策の推進についても、関連計画の推進を通じて行ってまいります。県民の皆様は、健康長寿への願い、これに向けた“行動”が、最も大切であります。また、県民の健康長寿、くらし満足度のためには、関係機関との協働が不可欠であります。御理解と御協力をお願いいたします。

結びに、計画の策定、関連計画の見直しに御協力いただきました、医療審議会の委員の皆様をはじめ、関係の方々に心から感謝を申し上げます。

平成25年3月

静岡県健康福祉部長 池谷享士

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現状.....	2
2 メタボリックシンドローム対策.....	4
3 生活習慣病対策における今後の取組.....	5
第2節 たばこ対策.....	6
1 喫煙・受動喫煙の現状.....	6
2 禁煙対策.....	6
3 受動喫煙防止対策.....	6
第3節 生活習慣病対策における数値目標.....	7
第4節 健康づくりのための方針.....	8
1 ふじのくに健康づくり戦略.....	8
2 ふじのくに健康長寿プロジェクトの推進.....	9
第5節 目標の実現に向けて.....	10
1 地域・職域保健の連携体制の構築.....	10
2 ふじのくに健康増進計画推進協議会、保険者協議会との連携.....	10
3 関係団体等の役割分担.....	12
第3章 医療の効率的な提供の推進	13
第1節 疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療体制の構築.....	13
1 疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療体制の構築.....	13
2 疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療体制.....	13
3 疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療体制構築の取組.....	28

第2節	平均在院日数の短縮	42
1	平均在院日数の現状	42
2	平均在院日数の目標値（見込み）	42
第3節	療養病床の再編成	43
1	療養病床の再編成	43
2	療養病床の現状	43
3	療養病床の転換への支援	44
第4節	後発医薬品に関する使用推進	46
1	これまでの取組	46
2	課題	46
第4章	医療費	47
第1節	医療費の現状	47
第2節	医療費の推計及び見通し	47
第5章	計画の進行管理	49
第1節	計画の評価	49
1	中間評価	49
2	実績評価	49
第2節	計画の進行管理	49
1	生活習慣病対策	49
2	疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療体制の構築	49

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、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、平成20年4月に本計画が策定されました。

このたび、次期計画の策定に向け、国より「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」が改正され、この基本方針により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2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

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25年度を初年度とし、平成29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

1 メタボリックシンドロームの現状

平成22年の特定健診・特定保健指導の結果について、市町国保、国保組合、共済組合、健保組合、全国健康保険協会静岡支部より提供を受けたデータを分析した本県の生活習慣病の状況は以下のとおりです。

- ・本県では、男性の約3人に1人（36.0%）、女性の約9人に1人（11.1%）がメタボリックシンドロームの該当者・予備群です。

図2-1 メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合（男性）

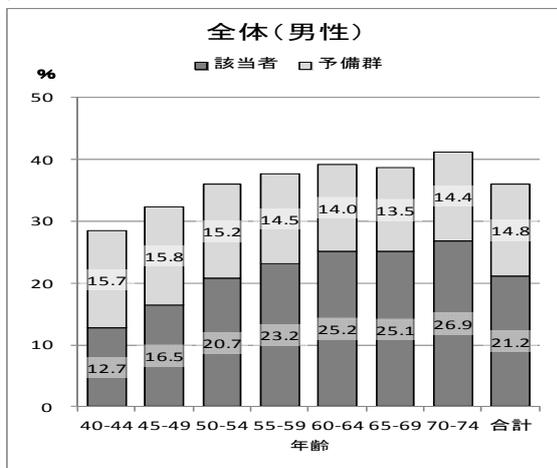
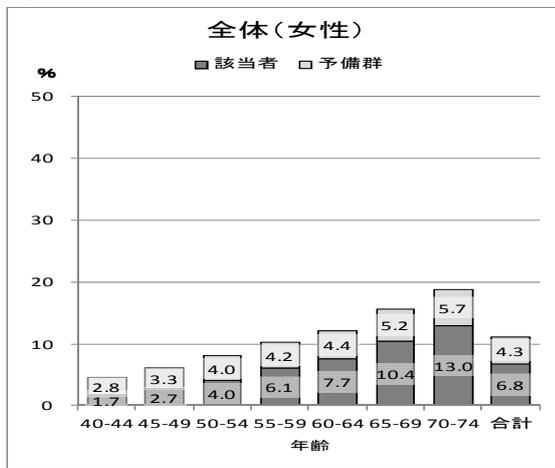


図2-2 メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合（女性）



出典：平成22年度特定健診・特定保健指導データ分析 第2版（静岡県）

- ・メタボリックシンドロームの該当者割合は、特定健診受診者695,392人のうち12.7%であり、全国で一番低くなっています。（平成22年）
- ・メタボリックシンドローム予備群の割合は特定健診受診者695,392人のうち10.8%で、全国平均より低くなっています。

図2-3 メタボリックシンドローム該当者の推移

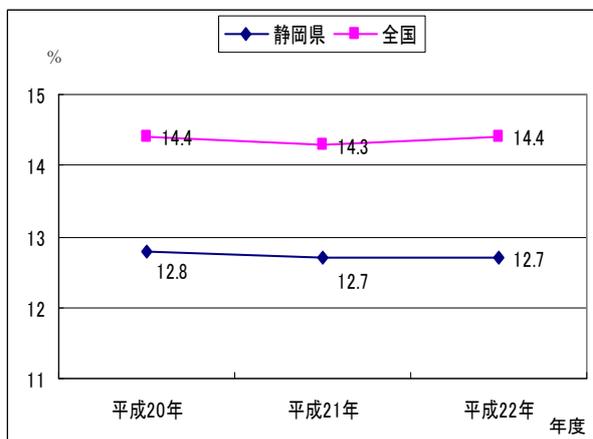
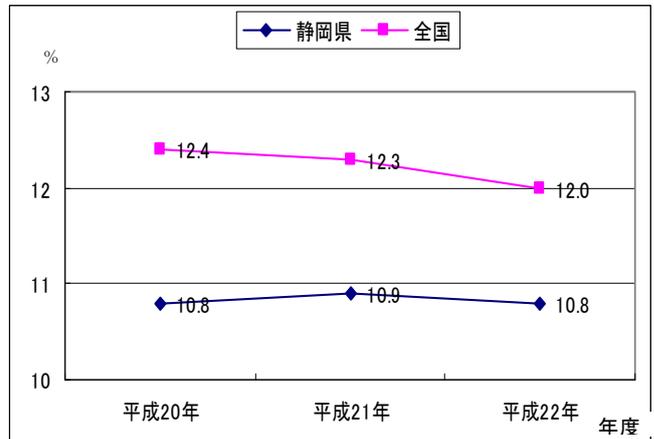


図2-4 メタボリックシンドローム予備群の推移



厚生労働省医療費適正化推進室 推計

・メタボリックシンドローム該当者は男性において、県東部で高く、県西部で低い傾向があります。

図 2-5

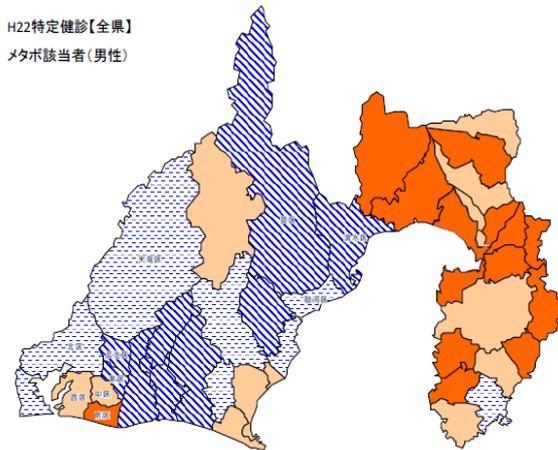
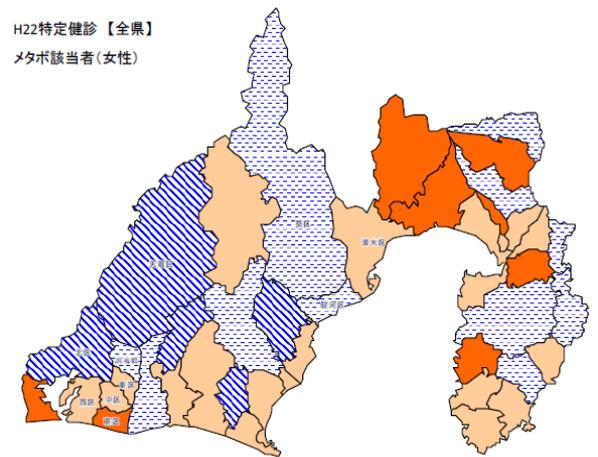


図 2-6



- 全県に比べて、有意に多い
- 有意ではないが、全県に比べて多い
- 有意ではないが、全県に比べて少ない
- 全県に比べて、有意に少ない

出典：平成 22 年度特定健診・特定保健指導データ分析 第 2 版（静岡県）

メタボリックシンドローム該当者・予備群とは

メタボリックシンドロームとは内臓脂肪型肥満（腹囲 男性 85cm 以上、女性 90cm）以上に加え、高血糖、高血圧、脂質異常という危険因子を 2 つ以上持っている状態をいいます。また、1 つ持っている状態を予備群といいます。

メタボリックシンドロームは、死因の約 6 割、医療費の約 3 割を占める生活習慣病の一手手前の状態であり、該当者及び予備群を減らすことにより、医療費の削減や、健康寿命の延伸、生活の質の向上に繋がります。

(診断基準)

- 肥満（内臓脂肪型肥満）臍レベルの高さの腹囲 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 メタボリックシンドローム対策

(1) 特定健診・特定保健指導の推進

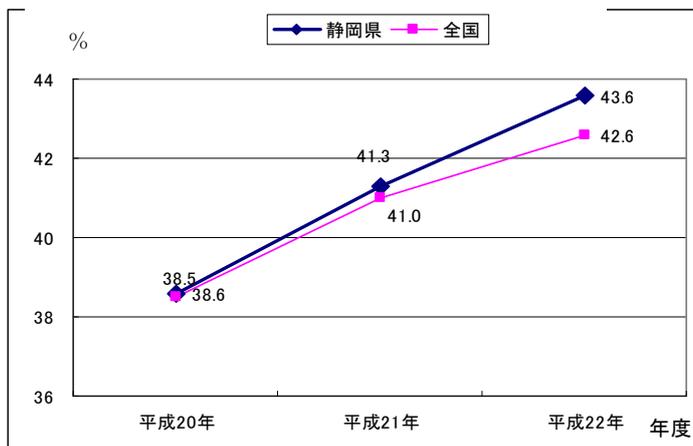
特定健診・特定保健指導はメタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少を図るため、医療制度改革により平成20年度から医療保険者に対し実施が義務づけられた健診です。

- ・実施主体 医療保険者（国保、全国健康保険協会、健保組合、共済組合等）
- ・対象者 40歳から74歳の加入者（被保険者・被扶養者）

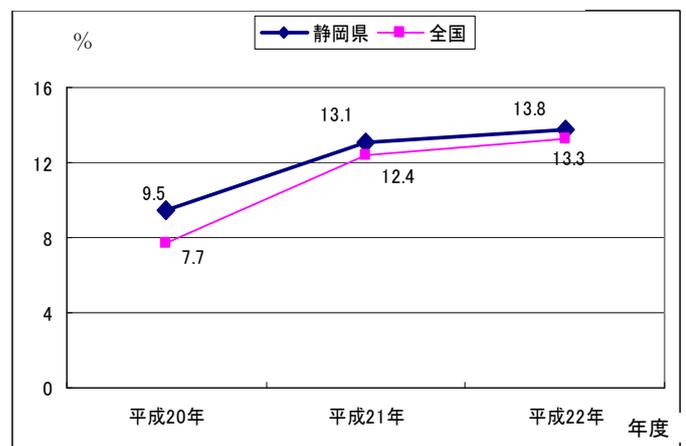
(2) 本県の特定健診・特定保健指導事業の現状

- ・特定健診の受診率は年々上昇し、全国値より高く全国で14位となっているものの、目標の70%には届いていません。（平成22年）
- ・特定保健指導の実施率は、全国値より高く全国で26位であり、目標の45%には届いていません。（平成22年）

特定健診受診率※1の推移（図2-7）



特定保健指導実施率※2の推移（図2-8）



厚生労働省医療費適正化推進室推計

特定健診の受診率が低い理由

- ・市町国保の被保険者では、40・50代の働き盛り世代の受診率が低くなっており、仕事が忙しく健診を受ける時間がない等が主な理由となっています。
- ・未受診者のアンケート調査では、「治療中のため」又は「健康に自信があるから」等の理由が多くなっています。
- ・全国健康保険協会、健康保険組合では制度の周知不足、がん検診等と同時に受けられないなどの理由から被保険者の受診率が低くなっています。

特定保健指導実施率が低い理由

- ・効果的な特定保健指導についての評価方法が確立されていない。

3 生活習慣病対策における今後の取組

(1) 目標

- ・特定健診、がん検診を受診する人を増やします。
- ・特定保健指導を受け、生活習慣を改善する人を増やします。
- ・メタボリックシンドローム該当者・予備群を減らします。
- ・糖尿病等の有病者の重症化を防ぎます。

(2) 主な指標

- ・特定健診、特定保健指導実施率
- ・がん検診受診率
- ・メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合
- ・糖尿病有病者・予備群の割合
- ・高血圧症有病者・予備群の割合
- ・メタボリックシンドロームの概念を知っている人の割合

(3) 県の取組

- ・特定健診・特定保健指導推進協議会を開催し、事業の評価や推進方策について協議します。
- ・若い世代向けに、糖尿病等生活習慣病の予防に向けた食生活、運動などについて効果的な啓発を実施します。
- ・受診率の低い40歳代、50歳代に向け、医療保険者・民間企業と連携して、対象者に対する効果的、効率的な健診受診啓発を実施します。
- ・市町や保険者の健診の実態調査を実施し、情報を還元します。
- ・健診対象者がいつでも、どこでも、誰でも受診できるための健診体制を整備します。
- ・効果的な特定保健指導の実施のため、研修会の開催等により人材の育成及び質の向上に努め、関係団体の研修体制についての検討会を実施します。
- ・市町や保険者の健康課題を分析し、メタボリックシンドローム以外の疾病についても予防対策を強化していきます。

※1 特定健診受診率

過去1年間に、特定健診を受診した者の割合。

※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。

第2節 たばこ対策

たばこは、がん、COPD（慢性閉塞性肺疾患）等呼吸器疾患、循環器疾患など健康への影響を及ぼす因子であり、早急な対策が必要です。

社会状況の変化を背景として、喫煙率の低下や施設の禁煙化などの改善は進んでいます。喫煙による健康被害の問題については行政が行な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。

1 喫煙・受動喫煙の現状

- 喫煙率は全県的にみると低下傾向であるが、女性で横ばいである。圏域別では県東部で高い傾向にある。
- 妊婦の喫煙継続率が5.0%。妊娠が判明した時点の喫煙率は22.3%と高い。
- 多くの人が利用する施設での禁煙・分煙5割程度である。

図2-9

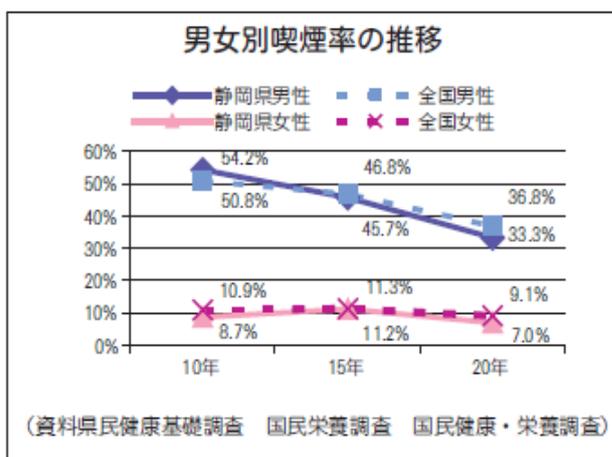
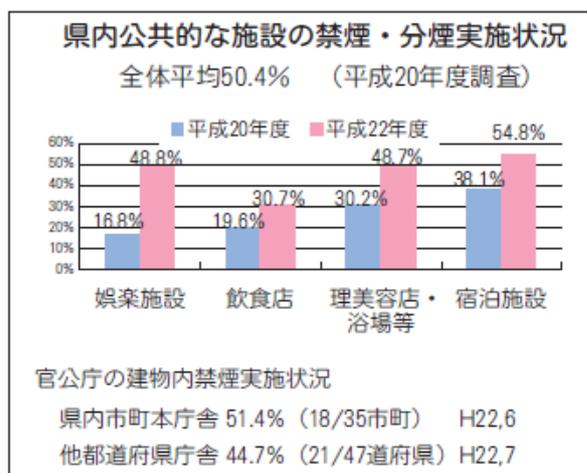


図2-10



2 禁煙対策

- 特定保健指導や妊婦健診など様々な機会においてたばこの健康への影響について正しい知識を提供し、禁煙指導を強化していくため、市町、保険者と連携して対策を推進します。
- 禁煙希望者に対する禁煙サポートを充実させるため、禁煙支援を行う地域保健従事者の育成と資質向上を図ります。
- 薬局や医療機関での禁煙治療を受けやすくするため、関係機関と連携して取り組みます。
- こどもの頃からたばこについて正しい知識を普及していきます。

3 受動喫煙防止対策

- 県や市町が設置・管理する公的施設の禁煙化を推進します。
- 飲食店など多くの人が利用する公共的な施設の禁煙化を推進します。
- 職場や家庭における受動喫煙を防止するために正しい知識の啓発を図ります。

第3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。

目標

項目	現状値	目標	目標年度
特定健診受診率 (県全体)	43.6% (平成22年度)	70% (当面60%)	平成29年
特定健診受診率 (医療保険者別)	市町国保	60%	
	国保組合	70%	
	協会けんぽ	65%	
	単一健保	90%	
	総合健保	85%	
共済組合	90%		
特定保健指導実施率 (県全体)	13.8% (平成22年度)	45% (当面25%)	平成29年
特定保健指導実施率 (医療保険者別)	市町国保	60%	
	国保組合	30%	
	協会けんぽ	30%	
	単一健保	60%	
	総合健保	30%	
共済組合	40%		
メタボリックシンドローム該当者の推定数 (40歳～74歳) 男性	185,832人 (平成22年)	平成20年と比較して 25%減少	平成29年
メタボリックシンドローム該当者の推定数 (40歳～74歳) 女性	57,522人 (平成22年)	平成20年と比較して 25%減少	平成29年
メタボリックシンドローム予備群の推定数 (40歳～74歳) 男性	127,984人 (平成22年)	平成20年と比較して 25%減少	平成29年
メタボリックシンドローム予備群の推定数 (40歳～74歳) 女性	37,267人 (平成22年)	平成20年と比較して 25%減少	平成29年
喫煙習慣のある人の割合 (20歳以上男性)	33.3% (平成20年)	22.8%以下	平成25年
喫煙習慣のある人の割合 (20歳以上女性)	7.0% (平成20年)	5.6%以下	平成25年

第4節 健康づくりのための方針

1 ふじのくに健康づくり戦略

(1) 県民自らが実践する健康づくり

健康増進や疾病予防のためには、県民一人ひとりが、健康の大切さを知り、自分の健康状態を把握し、正しい知識に基づいて、自ら生活習慣を改善する健康づくりを実践する必要があります。

また、従来自分の健康は自分で考えるという傾向が強かったですが、これからは、県民一人ひとりが様々なアクションの担い手として周囲の人を健康にしていこうという視点で考えていく必要があります。

このため、ライフステージ、ライフスタイル、健康状態など個々の実情や環境に合った健康づくりに取り組めるよう、多くの県民が容易に理解でき、手軽に取り組んでいけるような情報提供や環境づくりを行います。

＜具体的な取組例＞○疾病予防や健康づくりの必要性について啓発
○生活習慣の改善や食生活の見直しなど具体的方法について情報提供
○手軽な運動ができる施設や健康教育の実施などの環境づくり

(2) 連携・協働で進める健康づくり

健康づくりは、県民一人ひとりが主体的に取り組むことが基本ですが、個人の力だけでは限界があり、医療機関、医療保険者、学校、職域、地域、NPO、行政などとの連携・協働による健康づくりが必要です。

特定健診・特定保健指導の実施により、行政だけでなく、職場や医療保険者、健康関連企業などが様々な保健サービスの提供や環境づくりを始めています。

医療機関、医療保険者、学校、職域など健康に関わる様々な関係者の連携・協働を強化し、より効果的に広く健康づくりの取組が始まっています。

＜具体的な取組例＞○特定健診・特定保健指導の受診率の向上のための啓発
○「しずおか健康いきいきフォーラム 21」と連携した生活習慣病予防の啓発
○飲食店等における栄養成分表示や店舗の禁煙化
○健康づくり推進事業所の顕彰

(3) ふじのくにの“場の力”（自然・産業・文化・知識）を活用した健康づくり

温暖な気候や、温泉、海などの自然環境、みかんやお茶等豊かな農芸品など本県ならではの地域資源を活用し、「ふじのくに」の健康づくりに取組みます。

また、本県におけるこれまでの取組みや研究において蓄積した多くの情報や技術を活用し、効果的な健康づくりを推進するための技法として科学的根拠に基づいた施策を推進します。

＜具体的な取組例＞○ファルマバレープロジェクト※3と連携した温泉とリゾート機能を組み合わせた健康プログラムの開発
○緑茶の健康増進効果の研究
○健康データと地域産業・文化の関連研究
○医療費と健康づくりのデータ等の分析
○地場産品を活用した料理教室の開催及び健康食材の開発

2 ふじのくに健康長寿プロジェクトの推進

ふじのくに健康長寿プロジェクトとは

静岡県が「ふじのくに健康増進計画」の理念に基づき、健康長寿日本一を継続するための各種プロジェクトの総称です。

事業名	内容
①ふじ33プログラムの開発と普及	運動・食生活の改善に加え、積極的な社会参加をメニューに取り入れた本県独自の健康長寿プログラムの開発と普及を行い、働き盛り世代（40～64歳）を対象に、生活習慣の改善を図るとともに、個人の健康づくりを支援する環境づくりを行います。
②健康長寿の研究（特定健診データ分析など）	国民健康保険、協会けんぽ、健康保険組合などの49万人分の特定健診データを市町別に分析することで、より現実的なデータに基づく政策を実施していきます。
③企業との連携（健康づくり優良企業の表彰）	健康づくりを積極的に取り組む企業を増やすことを目的として、健康づくりを積極的に取り組んでいる企業や市町を表彰するとともに事例紹介パンフレットの作成などを行います。 表彰式と事例発表会の同時開催を行います。
④市町の健康づくり事業への支援	健康づくりへの習慣と関心を高めるために市町が実施している先進的健康づくり事業等を支援します。 (市町等が実施する健康マイレージ事業への支援など)

※3 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。

第5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

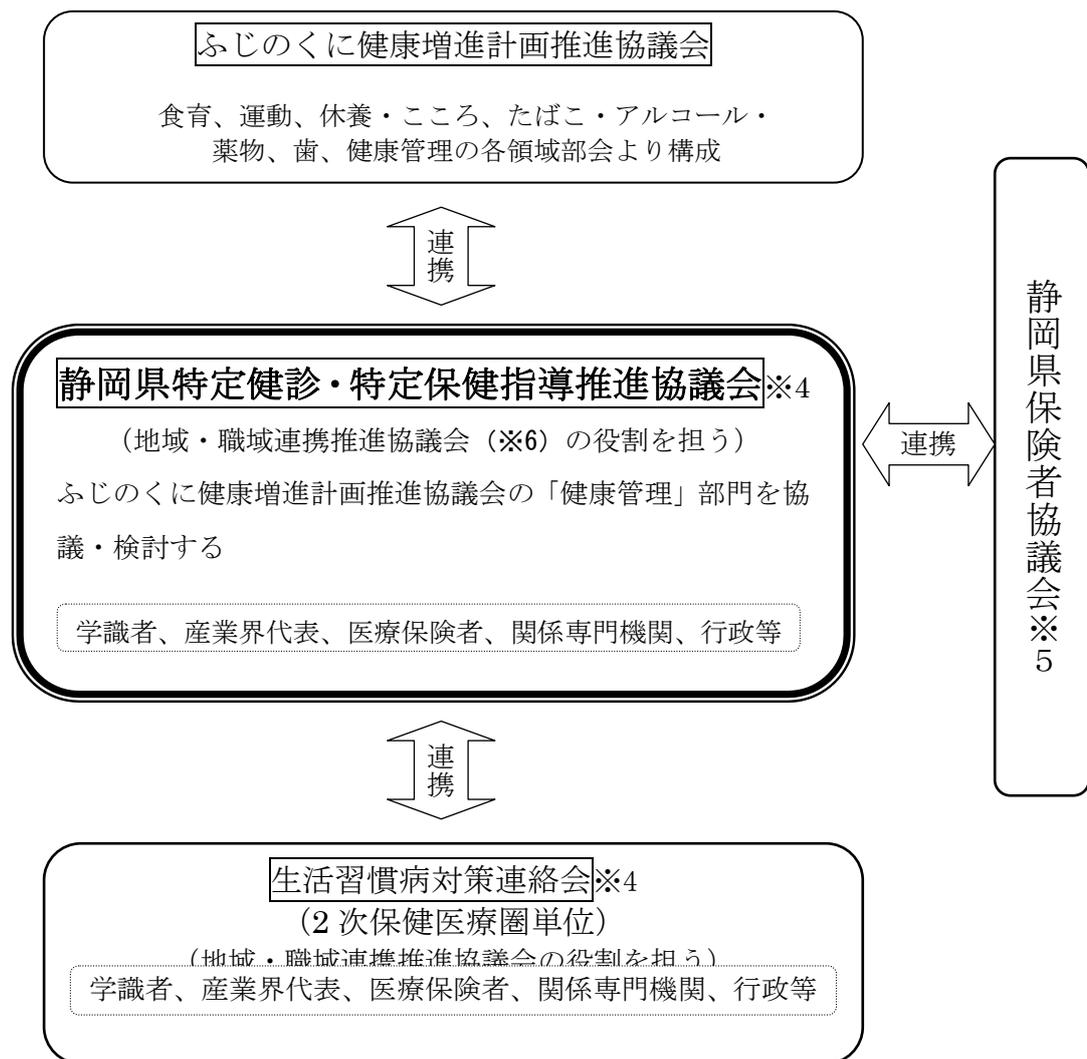
県民の生活習慣改善に向けた普及啓発等、健康づくりの総合的な推進を図るためには、地域保健、職域保健の連携体制を構築し、行政機関、事業者、医療保険者等の関係者が相互に情報交換や協議を行い、役割分担を明確化し、連携を図ることが求められています。

(2) 連携の体制

地域・職域の機能を有している「特定健診・特定保健指導推進協議会」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 ふじのくに健康増進計画推進協議会、保険者協議会との連携

特定健診・特定保健指導推進協議会においては、特定健診・保健指導等の総合的推進方策の検討に当たり、ふじのくに健康増進計画推進協議会や、医療保険者等からなる静岡県保険者協議会との連携が必要です。



※4 静岡県特定健診・特定保健指導推進協議会、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。

県単位のもので「静岡県特定健診・特定保健指導推進協議会」、2次保健医療圏単位のもので「生活習慣病対策連絡会」である。

※5 保険者協議会

都道府県ごとに、国民健康保険、全国健康保険協会及び健康保険組合等の各医療保険者が協議、連携する場。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。

※6 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。

本県では、上記の「静岡県特定健診特定保健指導推進協議会」と「生活習慣病対策連絡会」がその役割を担っている。

3 関係団体等の役割分担

県民の健康づくりを効果的に進めるため、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、連携に取り組めます。

表 2-1

取組主体	役割内容
地域社会 (NPO・ボランティア等)	<ul style="list-style-type: none"> ○ソーシャルキャピタル（社会のつながりによる助け合い等） ○地域住民への健康づくりの普及啓発活動 ○外食店や市販食品の栄養成分表示推進 ○健診の受診勧奨への協力
学 校	<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 ○地域と連携した健康づくり事業
職場・企業	<ul style="list-style-type: none"> ○被用者への健康教育、普及啓発の充実 ○被扶養者を含む健診体制の充実や受診勧奨 ○受動喫煙防止措置等快適な職場環境づくり ○その他健康管理のための福利厚生の充実
関係専門機関 (3師会等)	<ul style="list-style-type: none"> ○健康づくり推進のけん引及び協力 ○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・特定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)	<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
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

第3章 医療の効率的な提供の推進

第1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・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、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。）
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

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. 14～27）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

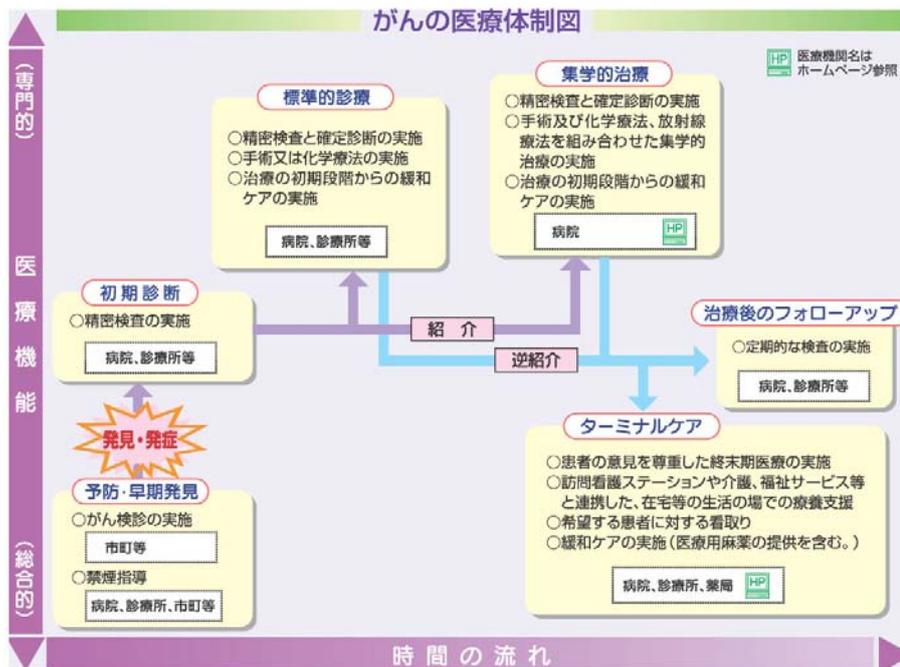
- たばこ対策とがん検診の受診促進
- がんの種類や病期に応じた治療の推進
- 緩和ケアや終末期医療の実施

表3-1

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届出医療機関) ・医療用麻薬を提供(麻薬小売業者免許証所持薬局)

図3-1



(2) 脳卒中

◎ ポイント

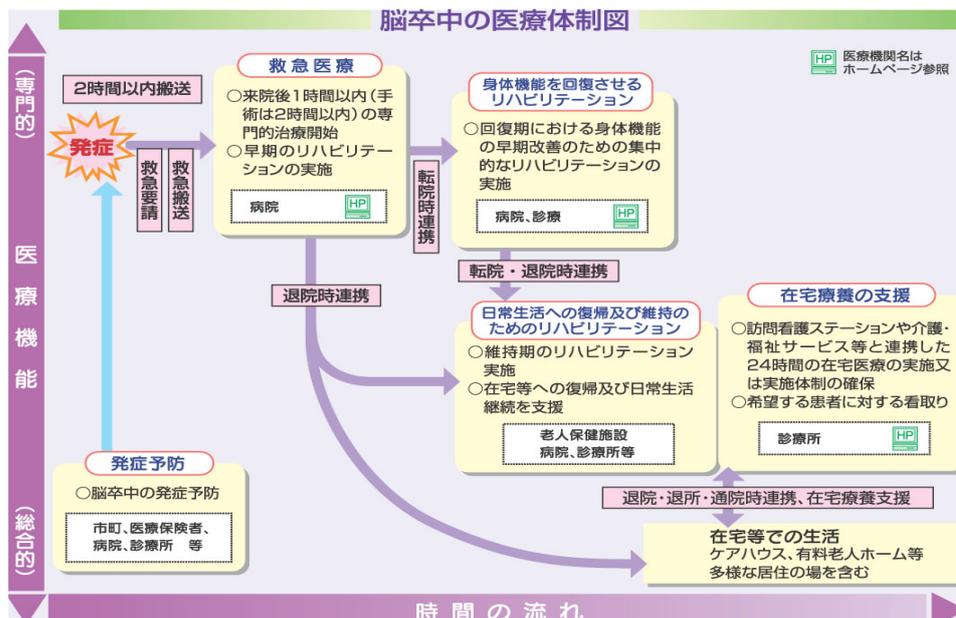
- 発症後の速やかな搬送と専門的な治療の開始
- 病期に応じたリハビリテーションの実施

表 3 - 2

脳卒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	○ 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 ・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、専門的診療を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) ・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	・24時間体制で患者家族の要請による住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 - 2



(3) 急性心筋梗塞

◎ ポイント

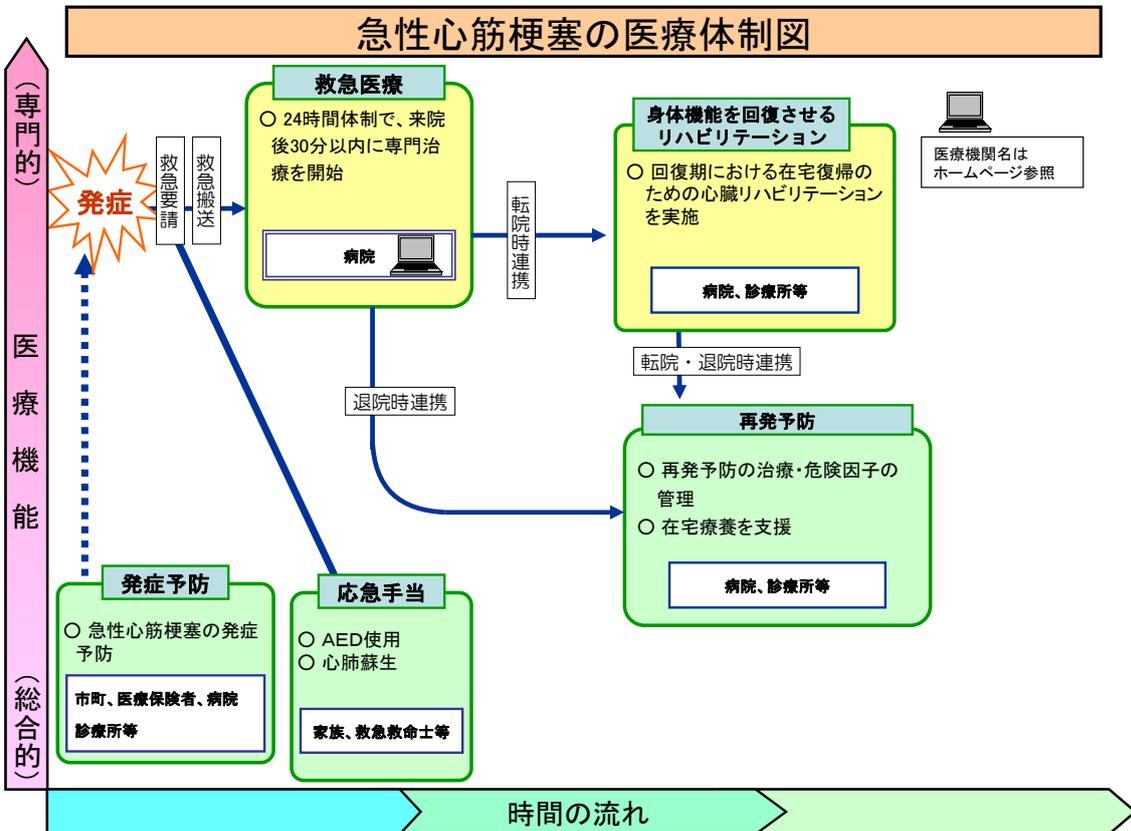
- 発症後の速やかな救命処置と専門的な診療を行う医療機関への搬送

表 3-3

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、救急救命士等による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、発症90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 ・呼吸管理、疼痛管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症治療 ・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、緊急ペースティング、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 ・抑うつ状態等の対応 ・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 ・抑うつ状態等の対応 ・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発症時、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 ・在宅でのリハビリ、再発予防のための管理を医療機関と訪問看護ステーション・薬局の連携

図 3-3



(4) 糖尿病

◎ ポイント

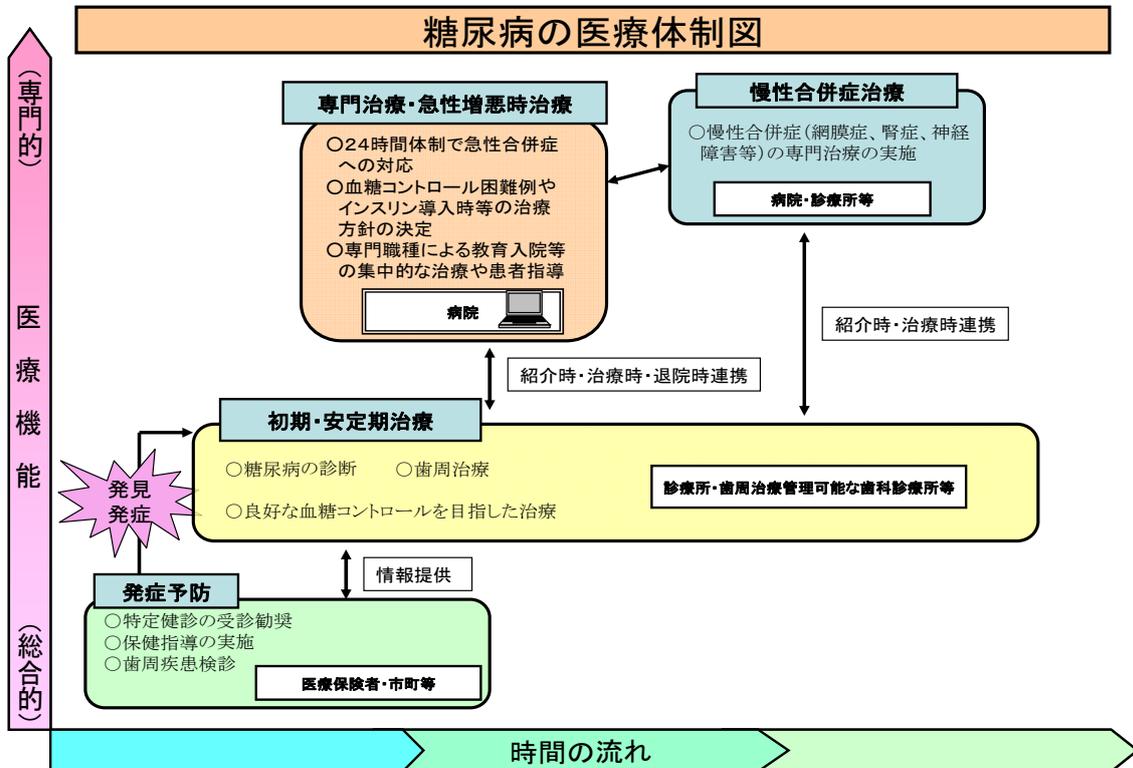
- 糖尿病の治療及び合併症予防
- 血糖コントロール不可例の治療や急性合併症の治療
- 糖尿病の慢性合併症の治療

表 3-4

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	<ul style="list-style-type: none"> ○特定健診の受診勧奨 ○保健指導の実施 ○歯周疾患検診 	<ul style="list-style-type: none"> ○糖尿病の診断 ○良好な血糖コントロールを目指した治療 ○歯周治療 	<ul style="list-style-type: none"> ○24時間体制で急性合併症への対応 ○血糖コントロール困難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 	<ul style="list-style-type: none"> ○慢性合併症(網膜症、腎症、神経障害等)の専門治療の実施
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> ・医療保険者・市町等による特定健診・保健指導の実施と受診勧奨 ・歯周疾患の予防と早期発見 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病の診断のための必要な検査を実施 ・食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールと専門的な指導を実施 ・専門治療や急性増悪時治療、慢性合併症治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携 	<ul style="list-style-type: none"> ・血糖コントロール困難例やインスリン導入時の治療方針の決定 ・糖尿病性昏睡等、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 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病の慢性合併症(糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害等)の専門的な検査・治療を実施 ・初期・安定期治療や専門治療・急性増悪時治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携

図 3-4



(5) 喘息

◎ ポイント

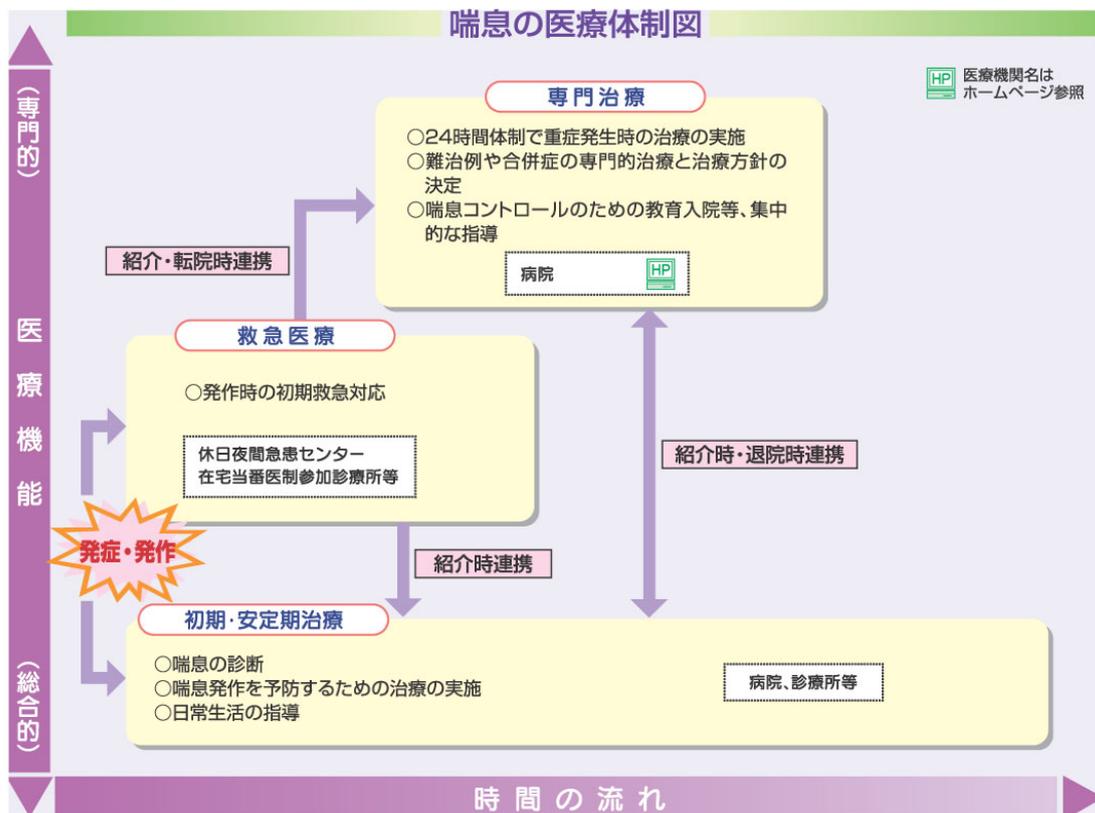
- 喘息発作の予防
- 急性発作の治療
- 重症、難治例の専門治療

表 3-5

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 3-5



(6) 肝炎

◎ ポイント

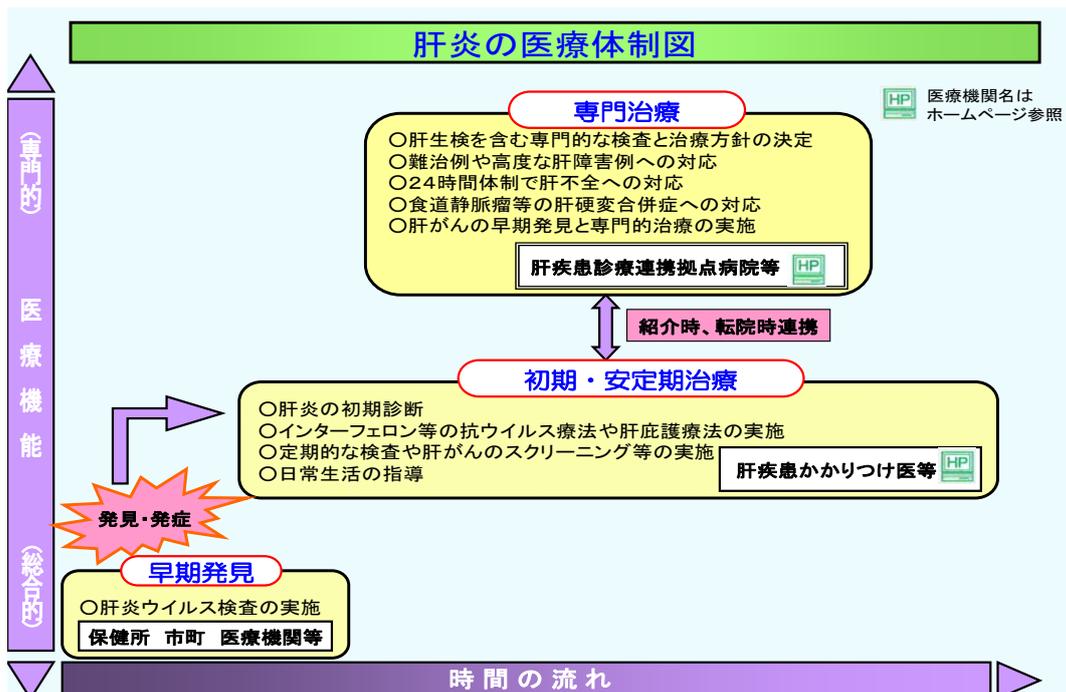
- 肝炎ウイルス検査による感染の確認と専門的な治療の推進
- 肝疾患の治療水準の向上と均てん化を図るための医療体制の整備

表 3 - 6

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 ○肝がんの早期発見と専門的治療の実施
機能の説明	・保健所、市町、緊急肝炎ウイルス検査事業委託医療機関による肝炎ウイルス検査の実施と受診勧奨	【肝疾患かかりつけ医】 ・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。) ・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) ・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 ・食事等の日常生活の指導	【静岡県肝疾患診療連携拠点病院】 ・県内の肝疾患に関する専門医療機関に関する情報等の収集や紹介、医療従事者への研修会 ・肝疾患に関する医療機関との協議の場を設定 ・各地域肝疾患診療連携拠点病院における肝疾患患者の治療状況等の取りまとめ 【地域肝疾患診療連携拠点病院】 ・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 ・肝がんの早期発見と専門的治療(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 - 6



(7) 精神疾患、認知症、児童精神疾患

◎ ポイント

- 精神科初期救急医療体制の確保
- 精神疾患と他科疾患の合併症の治療
- 入院患者の地域生活への移行・定着支援
- 認知症の早期発見・早期対応
- 医療と介護・福祉の連携
- 子どもの精神障害・発達障害を診療する一次～三次医療機関の整備
- 専門医の育成
- 教育・保健・福祉・司法等、関係機関とのネットワークの構築

表3-7

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	○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3-7

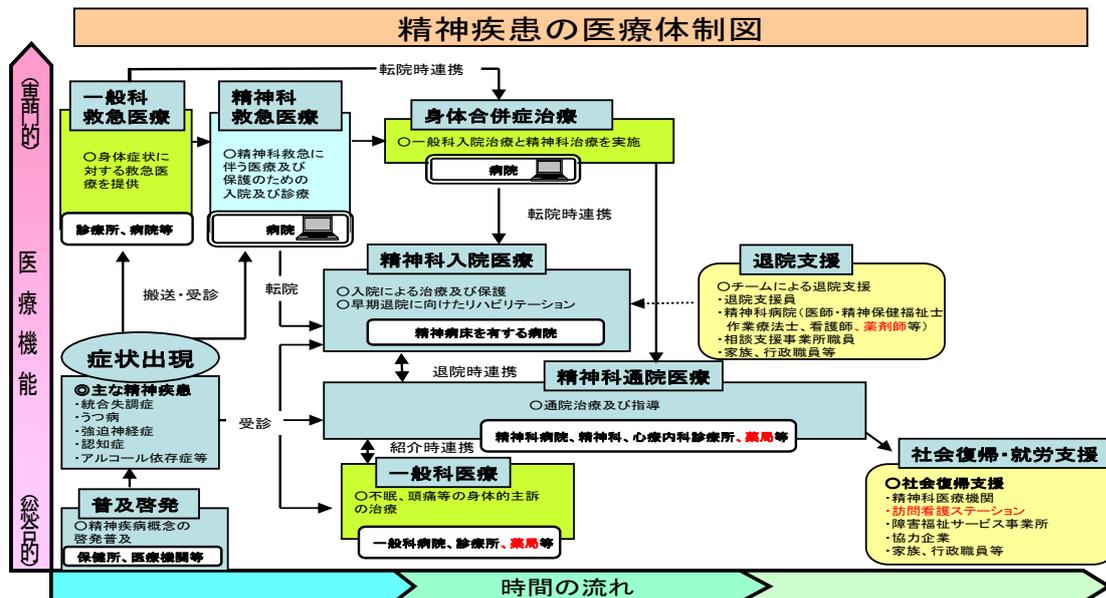
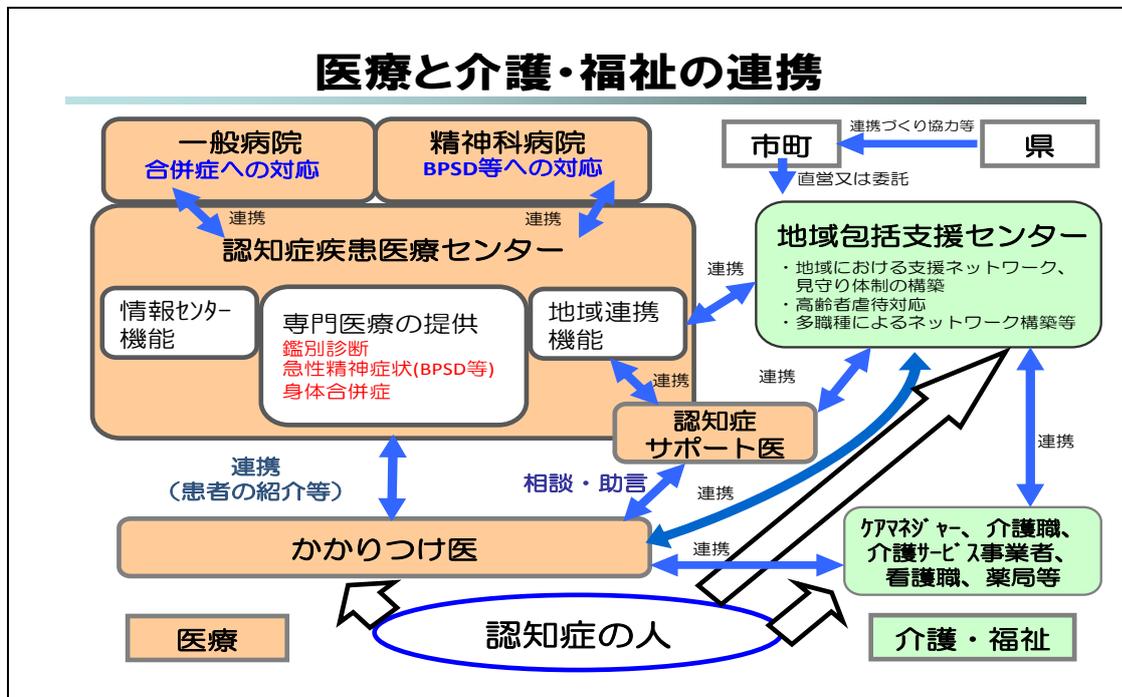


表 3 - 8

認知症の医療体制に求められる医療機能

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

図 3 - 8



(8) 救急医療

◎ ポイント

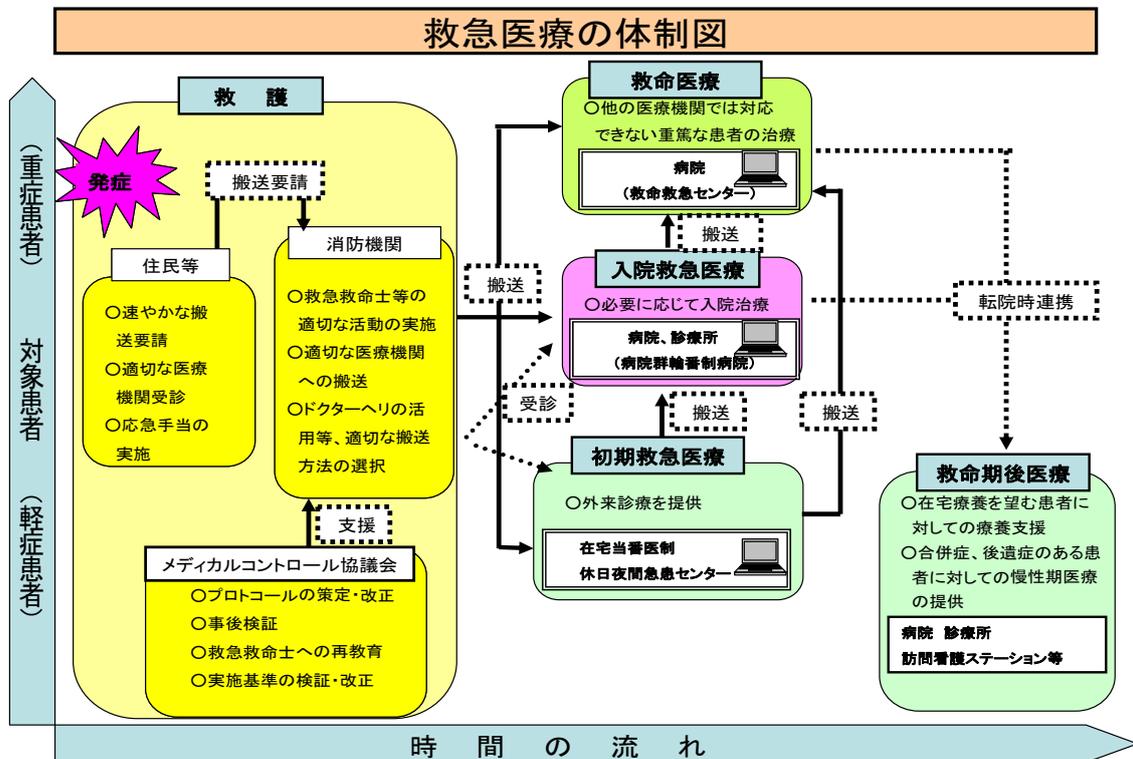
- 重症度・緊急度に応じた救急医療の提供
- 適切な病院前救護活動と搬送体制の確立

表 3 - 9

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	○外来治療を実施	○必要に応じて入院治療	○他の医療機関では対応できない重篤な患者の治療	○在宅療養を望む患者に対しての退院支援 ○合併症、後遺症のある患者に対して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、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、実施基準の検証・改正 	<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

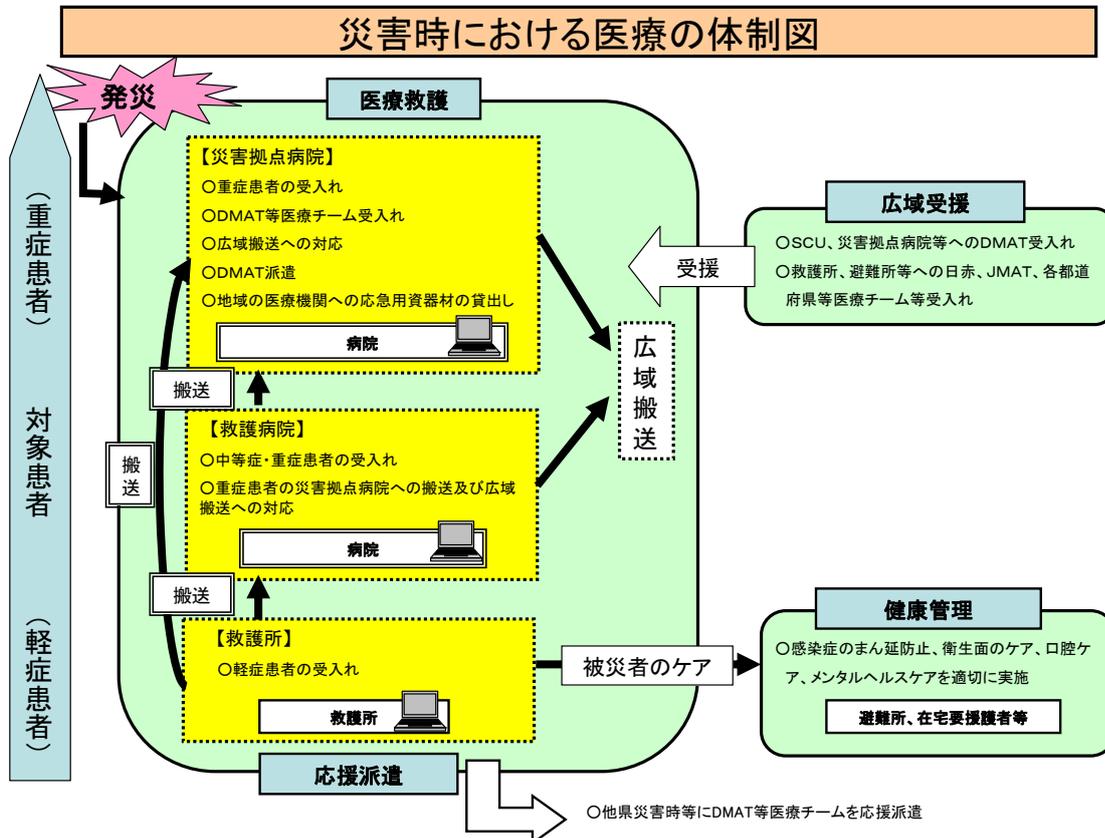
- 災害急性期における必要な医療の提供とその後の住民の健康の確保
- 超急性期を脱した後も住民の健康が確保される体制

表 3-10

災害時における医療体制に求められる医療機能

	医療 救 護						健康 管理
	医療救護施設			広域医療搬送	広域受援	応援派遣	
	【救護所】	【救護病院】	【災害拠点病院】				
ポイント	○軽症患者の受入れ	○中等症・重症患者の受入れ ○重症患者の災害拠点病院への搬送及び広域搬送への対応	○重症患者の受入れ ○DMAT等医療チーム受入れ ○広域搬送への対応 ○DMAT派遣 ○地域の医療機関への応急用資器材の貸出し	○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 ○OSCUへの重症患者受入れ、安定化措置、域外搬送	○OSCU、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派遣 ○県外大規模災害発生時のDMAT等医療チームの派遣	○感染症のまん延防止、衛生面のケア、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 ・広域搬送への対応	・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の受入れ及び派遣 ・救護所や救護病院との連携 ・広域搬送への対応	・SCUで活動するDMATの受入れ ・ドクターヘリ等による災害拠点病院等からの重症患者受入れ ・SCUでの安定化措置後、自衛隊機等により重症患者を域外搬送	・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 ・医療圏別に設置する地域災害医療対策会議での、災害医療コーディネーターによる配置調整	【DMAT指定病院】被災地に迅速に駆けつけ、救急治療を行うための専門的な訓練を受けた医療チーム(DMAT)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	・感染症のまん延防止、衛生面のケア、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 ・医療チームとの連携

図 3-10



(10) へき地の医療

◎ ポイント

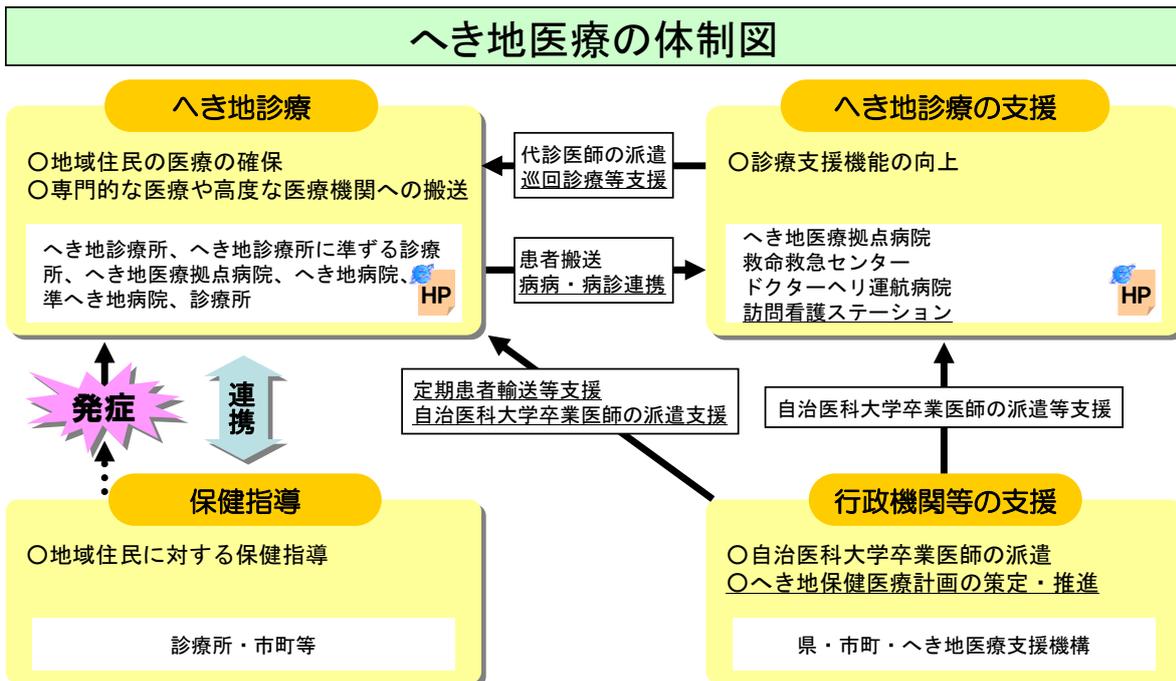
- へき地における医療の確保と診療支援

表 3-11

へき地の医療提供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、ドクターヘリ運行病院、救命救急センター、訪問看護ステーション】 ・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 ・訪問看護ステーションによるへき地住民への訪問看護の実施

図 3-11



(11) 周産期医療

◎ ポイント

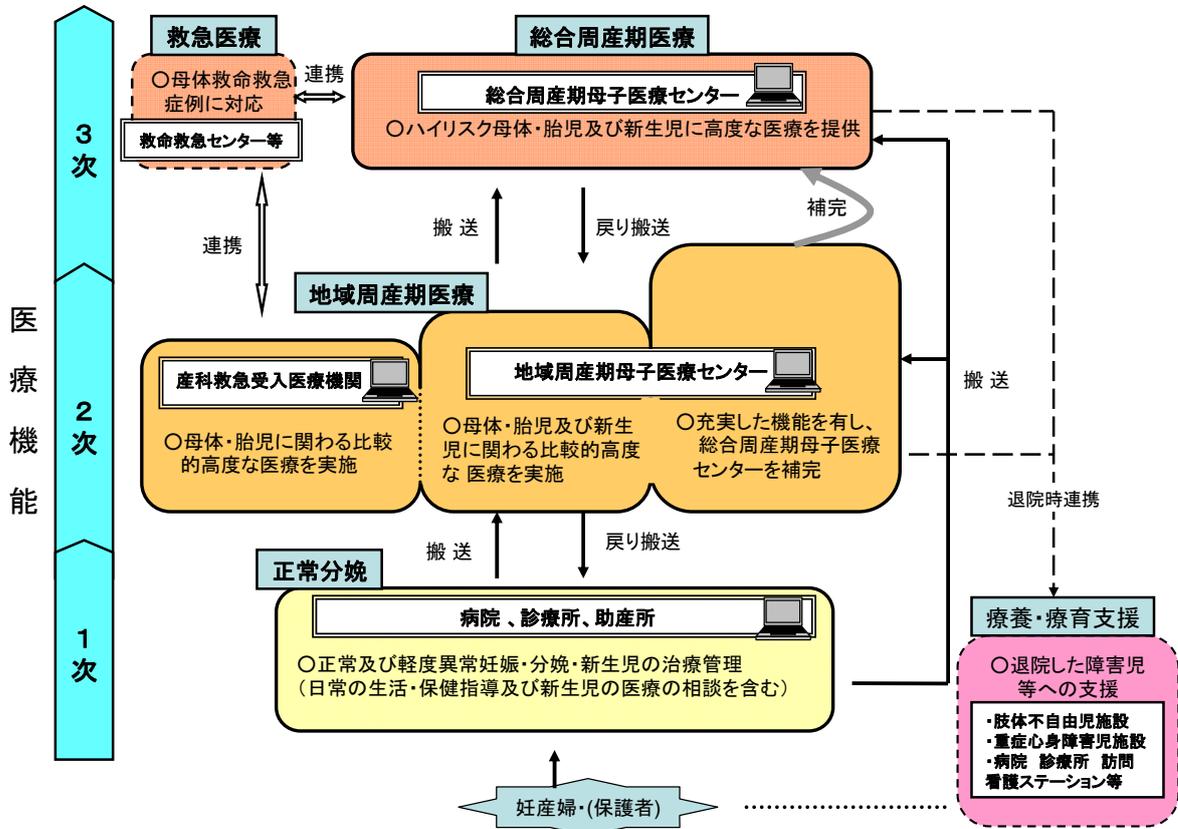
- 地域における周産期医療施設間の連携による安全な分娩
- 24 時間可能な母体及び新生児の搬送及び受入の体制整備
- 脳血管障害や心疾患等の産科合併症以外の合併症に対応するための救急医療との連携
- 周産期医療従事者の確保

表 3-12

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

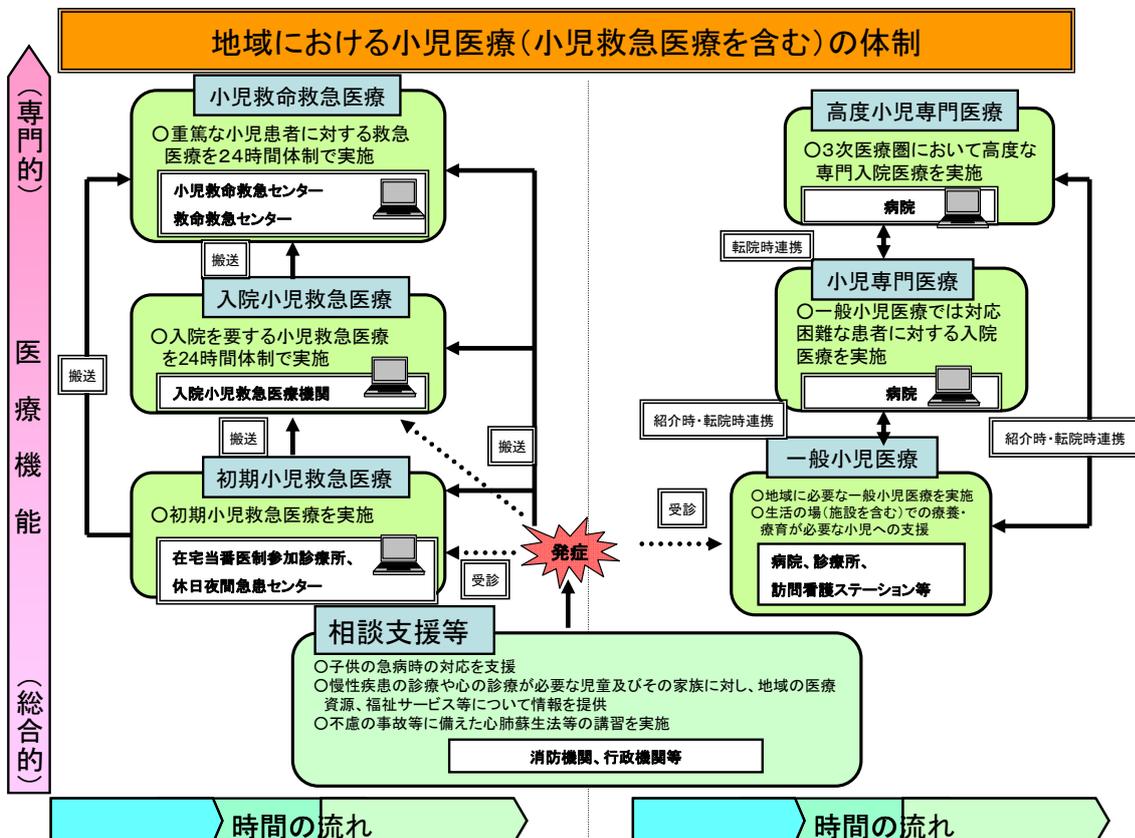
- 小児患者の症状に応じた対応と家族の支援

表 3-13

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診断・検査・治療を実施 ・軽症の入院診療を実施（入院設備を有する場合） ・療養・療育が必要な小児に対する支援 ・医療、介護及び福祉サービスの調整 ・慢性疾患の急変時や専門医療を担う地域の医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携 	<ul style="list-style-type: none"> ・一般の小児医療機関では対応が困難な患者や、全身管理、呼吸管理等、常時監視や治療が必要な患者等に対する入院診療を実施 ・一般の小児医療機関では実施困難な診断・検査・治療を含む専門的な入院医療を実施 ・地域の小児科を標榜する診療所、病院等や、より高度専門的な対応について対応可能な医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携 	<ul style="list-style-type: none"> ・先天性心疾患や小児悪性腫瘍、腎臓移植等、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



(13) 在宅医療

◎ ポイント

- 関係医療機関の連携による急性期から回復期、在宅医療にいたるまで切れ目のない医療の提供
- 在宅医療サービスの周知と在宅医療を担う機関及び人材の充実

表 3-14

在宅医療の体制

体制	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り
目標	●入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること	●患者の疾患、重傷度に応じた医療（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	●在宅療養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、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保すること	●住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保すること
関係機関の例	●病院・診療所 ●訪問看護事業所 ●薬局 ●居宅介護支援事業所 ●地域包括支援センター ●在宅医療において積極的役割を担う医療機関 ●在宅医療に必要な連携を担う拠点 <small>※病院・診療所には歯科を標榜するものを含む。以下同じ</small>	●病院・診療所 ●訪問看護事業所 ●薬局 ●居宅介護支援事業所 ●地域包括支援センター ●介護老人保健施設 ●短期入所サービス提供施設 ●在宅医療において積極的役割を担う医療機関 ●在宅医療に必要な連携を担う拠点	●病院・診療所 ●訪問看護事業所 ●薬局 ●在宅医療において積極的役割を担う医療機関 ●在宅医療に必要な連携を担う拠点	●病院・診療所 ●訪問看護事業所 ●薬局 ●居宅介護支援事業所 ●地域包括支援センター ●在宅医療において積極的役割を担う医療機関 ●在宅医療に必要な連携を担う拠点
求められる事項	【入院医療機関】 ●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機関及び介護資源の調整を心がけること 【在宅医療に係る機関】 ●在宅療養者のニーズに応じて、医療や介護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、小児や若年層の在宅療養者に対する訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導等にも対応できるような体制を確保すること	【在宅医療に係る機関】 ●相互の連携により、在宅療養者のニーズに対応した医療や介護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、療養に必要な医療や介護、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること ●医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行うための体制をせいびすること	【在宅医療に係る機関】 ●病状急変時における連絡先をあらかじめ在宅療養者やその家族に提示し、また、求めがあった際に24時間対応が可能な体制を確保すること ●24時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所、訪問看護事業所等との連携により24時間対応が可能な体制を確保すること 【入院医療機関】 ●在宅療養支援病院、有床診療所等において、連携している医療機関（特に無床診療所）が担当する在宅療養者の病状が急変した際に、必要に応じて一時受け入れを行うこと ●重症で対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携できる体制を構築すること	【在宅医療に係る機関】 ●終末期に出現する症状に対応する患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所でのみ取りを行うことができる体制を構築すること ●患者や家族に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護や看取りに関する適切な情報提供を行うこと 【入院医療機関】 ●介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること ●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
	【在宅医療において積極的役割を担う医療機関】 ●医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと ●卒後初期臨床研修制度（歯科の場合、卒後臨床研修制度）における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること ●地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護や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		●入院機能を有する医療機関においては、在宅療養者の病状が急変した際の一時受け入れを行うこと ●災害時等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）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと	
	【在宅医療に必要な連携を担う拠点】 ●地域の医療及び介護関係者による協議の場を定期的に開催し、在宅医療における連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること ●質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること		●地域の医療及び介護資源の機能等を把握し、地域包括支援センター等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護にまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと ●在宅医療に関する人材育成及び普及啓発を実施すること	

3 疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療体制構築の取組

(1) がん

ア たばこ対策

- しずおか健康創造21アクションプランや静岡県がん対策推進計画に基づき、禁煙対策を推進します。
- 公共的施設や職場での受動喫煙対策を進めるとともに、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。

イ がん検診の受診促進

- がん検診は、医療機関、行政、関係機関・団体等と連携・協働して、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。
- 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おいて検診従事者の資質向上を図ることなどにより、がん検診の精度の向上を進めます。

ウ がんの種類や病期に応じた治療

- 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。
- がん相談支援センターの周知を図るとともに、その機能を充実させ、患者やその家族の立場に立った医療相談や県民のライフステージやがんの進行度に応じた情報提供を充実します。
- 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。
- 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。
- 平成23年8月より地域がん登録を開始しました。今後、がんの罹患数・罹患率(市町別、部位別、性別等)、罹患後の生存率等の分析を行い、データに基づいたより効果的ながん対策を推進していきます。
- がん診療連携拠点病院(※2)や静岡県地域がん診療連携推進病院(※3)を中心に、教育を含めた小児がん患者の療養環境の整備を進めます。

※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 がん診療連携拠点病院

がん診療に関して、質の高い医療機能を持ち、専門医等を配置している、厚生労働大臣が指定する病院。

※3 静岡県地域がん診療連携推進病院

がん診療連携拠点病院とほぼ同等の医療機能、専門医等を配置している、静岡県知事が指定する病院。

エ ターミナルケア

- 施設のみならず、希望した患者が在宅で療養生活を送ることができるような体制の構築を図ります。

オ 小児がん

- 小児がん診療の中核的役割を担う静岡県小児がん拠点病院（県立こども病院）を中心に全県的な医療連携体制の構築を充実させるとともに、小児がん患者の療養環境の改善を図ります。

（２）脳卒中

- 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。
- 地域連携クリティカルパスの普及を図ります。

ア 発症予防

- 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。
- 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

- 救急医療体制の整備、充実を図ります（本章第3節1救急医療を参照）。また救急救命士を含む救急隊員は、メディカルコントロール体制の下で定められた病院への受診前における脳卒中患者の救護のためのプロトコール（活動基準）に即して、適切に観察・判断・救急救命処置を行った上で、対応が可能な医療機関に搬送することが重要と考えられます。そのために救急搬送業務担当者が病院到着前に脳卒中の重症度を点数化し、超急性期の治療適応に該当する患者を抽出できるよう病院前脳卒中スケールを活用できるよう指導を受け実践可能なレベルに到達させる必要があると思われます。
- 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。
- 現状では治療が完結できない賀茂医療圏域においても今後施設整備、適正な人員配置により治療体制の整備を行います。
- 地域における脳血管障害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。

ウ リハビリテーション

- リハビリテーションの体制整備、充実を図ります。急性期から回復期、療養をへて在宅医療に至るまで一貫した地域連携を進めます。

エ 在宅療養・再発予防

- 在宅医療の体制整備を進めるため、「かかりつけ医」の普及を促進するとともに、関係団体と連携し、在宅医療の中心的な役割を担う在宅療養支

援診療所や訪問看護ステーションの充実を図ります。

(3) 急性心筋梗塞

ア 発症予防

- 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。
- 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

- 救急医療体制の整備、充実を図ります。(本章第1節3(8)救急医療を参照)
- 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。
- 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 発症・合併症予防

- 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、健診で異常が見つかった場合には、速やかな医療機関への受診を勧奨します。
- 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。

イ 合併症に対応できる体制

- 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連携体制の整備を進めるとともに、情報提供を進めます。

(5) 喘息

ア 普及啓発

- 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。
- 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。

イ 急性発作の治療

- 2次医療圏ごとに関係機関の協力の下、喘息の医療連携体制の整備、充実を図ります。(表3-5、図3-5)

ウ 重症、難治例の専門治療

- 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、2次保健医療圏ごとに関係機関の協力の下、喘息の医療連携体制の整備、充実を図ります。
- 2次医療機関で対応が困難でより濃厚な治療が要求される場合など、高度な医療を提供できる救命救急センターとの連携を推進し、救命率の向上に努めます。

(6) 肝炎

- 日本肝炎デー・肝臓週間に合わせたキャンペーンや市民公開講座等の開催により、肝炎に関する正しい知識の普及啓発を行います。
- 肝炎ウイルス検査の必要性について広報を行い、肝炎ウイルス検査の受検を勧奨します。
- 肝炎ウイルス検査陽性者に対して、検査結果を適切に説明し、受診勧奨リーフレットを活用して受診を勧奨するとともに、肝臓病手帳（※4）を活用して継続的に経過観察を受けられるよう支援します。
- 静岡県肝疾患診療連携拠点病院を中心に、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の医療の質の向上を目指すとともに、肝疾患かかりつけ医を周知し、患者が安心して継続的かつ適切に身近な医療機関を受診できる体制を整備します。
- 保健所や肝疾患相談支援センター等において患者等からの相談に応じるとともに、保健所において医療相談会や交流会等を実施することにより、患者等の不安や悩みが軽減されるよう支援します。

(7) 精神疾患

ア 精神障害のある人の地域生活の支援等

- 精神保健福祉センター、健康福祉センター、市町、精神保健福祉協会等の関係団体が、相互に連携して乳幼児期から老年期に至るライフステージ（生活の場）に応じたこころの健康の保持・増進について、継続して普及啓発を行い、精神疾患が生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気であることについての認知度を高めます。
- 地域で生活する精神障害のある人を支援するために、ケアマネジメント従事者（対象者が地域で生活する上で必要となる社会資源や関係機関の調整、相談に従事する者）が中心となり、精神障害のある人の意志を尊重し、社会資源や関係機関の調整を図ります。

イ 適正な医療の確保等

- 新規入院患者については、精神病床を急性期、社会復帰リハビリテーション、重度療養等に機能分化し、入院中の処遇の改善や患者のQOL（生

※4 肝臓病手帳

肝炎ウイルス検査陽性者が身近な医療機関を受診し、専門医を受診するよう勧奨するとともに、地域における肝疾患診療ネットワークを構築するためのツール。

活の質)の向上を図りつつ、できる限り1年以内の退院となるよう、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の整備を促進します。

- また、1年以上の入院患者については、精神科病院、精神保健指定医、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所及び行政の協力体制を強化し、段階的、計画的に地域生活への移行を促進することにより、精神障害のある人の早期退院や社会復帰の支援体制の整備を促進します。
- 精神障害のある人の人権に配慮し、患者やその家族の意志を尊重した適正な医療及び看護等の提供体制の整備を促します。

ウ 精神科救急・身体合併症治療

- 24時間365日(夜間・休日にも)対応できる精神医療相談窓口の機能強化を進めます。
- 一般科医師と精神科医師との連携を推進していきます。
- 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。
- 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。
- 精神科治療における医療保護入院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連携体制を整備します。

エ 退院可能精神障害者の地域生活への移行・定着支援

- 相談支援事業等が個別給付化され、地域移行支援の実施主体が市町となったことから保健所は地域生活への円滑な移行・定着支援に向け、市町や病院、相談支援事業所等関係機関との相互調整を実施します。また、県は、入院者の高齢化が進んでいることから、高齢長期精神科病院入院者の退院促進を図ります。
- 受療中断者等を医療受診や福祉サービスにつなげるため、医師や医療、福祉職員等で構成する専門チームによる精神障害者訪問支援推進事業(アウトリーチ)を実施します。
- 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地域移行(退院)のための支援及び地域での安心で継続した生活の実現を図ります。

オ うつ・自殺

- 誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して、県自殺総合対策行動計画を策定し、自殺防止の普及啓発をするとともに、産業保健と地域保健との連携、相談支援体制の充実・強化、地域におけるネットワークの構築など総合的な取組を行います。
- 自殺の大きな要因と考えられているうつ病の早期発見・早期治療のため、県は、県医師会との連携・協力して、かかりつけ医うつ病対応力向上研修会を開催し、うつ病の診断・治療技術の向上を図るとともに、地域医

師会との連携により、かかりつけ医から精神科医への紹介システムの全県展開を進めます。（G P（内科等身体疾患を担当する科と精神科）連携）

- 自殺の危険を示すサインに気づき、声をかけ、話を聴いて必要な支援につなげるゲートキーパーの養成や睡眠に着目した気づきを促す取組を関係機関と連携を図りながら進めます。

カ 専門医療等

- 児童精神医療（思春期を含む）、アルコールやその他の薬物などの依存症、てんかん等の専門的な精神科医療を提供できる体制の確立に努めます。
- 学校等での生命にかかわる事件や事故の発生時に、児童や生徒の精神的ショックを和らげP T S Dの発症を予防するため、こころの健康管理を支援する専門家チームを派遣する事業に取り組みます。
- ひきこもり青年の社会参加を促進するため、ひきこもり支援センターを設置し、ひきこもり本人や家族等からの電話や来所による相談に対応するとともに、家庭訪問を中心とするアウトリーチ型の支援を実施します。また、相談内容等に応じた適切な支援を行うことができるよう、関係機関からなる連絡協議会を設置し、情報交換等各機関間で恒常的な連携が確保できるよう努めます。さらに、リーフレットの作成等により、ひきこもりに関する普及啓発を図るとともに、センター利用及び地域の関係機関・関係事業に係る広報・周知を行うなど、ひきこもり対策に係る情報発信に努めます。
- 高次脳機能障害者が身近な地域で適切なケアを受けられるよう、地域リハビリテーション関係医療機関、高次脳機能障害支援拠点機関、就労支援関係機関、健康福祉センター等との連携により相談支援体制の充実を図ります。
- 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の社会復帰と地域生活の支援を図るため、関係機関と協働して地域処遇の実施体制の確立に努めます。

(7) -2 認知症

- 認知症になっても、住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、認知症の早期発見・早期対応、認知症の人や家族への支援、地域での生活を支える介護サービスの構築等に取り組みます。
- 地域における認知症対策の主体である市町の取組を支援するとともに、医療、介護・福祉に従事する人の質の向上を図り、医療と介護・福祉をはじめとする多職種連携を推進します。
- 認知症施策推進会議において、国の「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」に基づき、今後の県の認知症対策の方針や方向性について検討します。
- 認知症の発症初期から状況に応じた医療と介護・福祉の一体的な認知症高齢者支援体制の構築を図るため、地域の「かかりつけ医」への助言や支援等を担う「認知症サポート医」を養成するとともに、認知症関連の

知識を習得し、認知症の気づきや対応支援を図る「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を実施します。また、「認知症サポート医」のフォローアップの取組を通じて、地域包括支援センターとの連携など多職種との連携を図ります。

- 認知症疾患に関する鑑別診断、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施するとともに、保健医療や介護の関係者への研修等を通じて医療、介護・福祉の連携を構築し、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図るため、「認知症疾患医療センター」の整備を推進します。
- 医療機関や介護サービス及び地域の支援機関をつなぐコーディネーターとしての役割を担う認知症地域支援推進員（平成 24 年度県内 7 市町で配置）を拡充し、認知症の人やその家族を支援する取組を推進します。

（7）-3 児童精神疾患

- 静岡県医師会と連携し、静岡県医師会に「こどものこころの相談医」として登録している医療機関を中心に、子どもの精神障害・発達障害を診療する 1 次医療機関の充実を図ります。
- 県内の 2 次医療圏の状況を調査し、中部、東部地区を中心に 2 次医療機関の少ない地域の整備を行ないます。こうした整備を行なうことで、東部、中部、西部の 3 地区での医療連携システムの構築を目指します。

（8）救急医療

ア 救急搬送

- 平成 23 年 4 月より傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準が施行され、この実施状況を検証し、必要に応じて基準の改定を行う等により、受入医療機関と消防機関との円滑な連携体制の推進を図ります。
- 広域災害・救急医療情報システムについては、受入医療機関及び消防機関の意見を踏まえて、効果的な活用方法についての検討を進め、平成 25 年度にシステムの更新を行います。
- 救急搬送件数の増加の原因として、安易な救急車の利用も見られることから、救急車の適正利用について住民に周知し、消防機関の負担軽減を図ります。

イ 救急医療体制

- 現在、平成 22 年度に策定した静岡県地域医療再生計画（2 次医療圏版）、平成 23 年度に策定した静岡県地域医療再生計画（全県圏版）に基づき、救急医療体制の計画的かつ体系的な整備を進めています。
- （ア） 初期救急医療
 - 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充実を進めます。
 - 中東遠圏域での急患センターの新設のほか、既存施設の建替えや機能拡充を図り、持続可能な体制確保に向けた取組を進めます。
- （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。

- 静岡圏域の医療機関に集中治療室を、志太榛原圏域の医療機関に救急センターを新設するほか、既存施設の機能拡充を進めます。
 - 地域内における病院間の役割分担の明確化や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進めます。
- (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、設備の整備拡充を図ります。
 - 救命救急センターの建替えや最新機器の整備により、既存施設の機能拡充を進めます。
 - 救急患者の発生・搬送状況や、総合周産期母子医療センターとの連携、救命救急センターのない地域へのカバー等を考慮し、新たな救命救急センターの整備を進めます。
 - 広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊疾病患者に対する高度専門的救命医療を提供する高度救命救急センターの整備を進めます。
- (エ) 救急医療を担う人材の確保
- 「ふじのくに地域医療支援センター」において提供する「静岡県専門研修プログラム」等により、県内での救急専門医の育成を図ります。
 - 救急医療を担う医師、看護職員等の医療従事者の養成も進めます。

ウ 病院前救護活動

- (ア) メディカルコントロール体制
- 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。
 - 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。
- (イ) ドクターヘリ
- 搬送事案の事後検証などにより救急隊員等の資質向上を図り、適切なドクターヘリ要請により、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ります。
 - 伊豆南部地域への夜間運航早期実現に向けて検討を進めていきます。

エ 住民の受療行動

- 平成24年度から住民が身近な医療について考え、受療行動を見直すきっかけとして、県で独自に9月を「地域医療を考える月間」とし、この月間を中心に救急医療を取り巻く環境について地域住民に向けた啓発活動を強化し、適切な受療行動を促します。

(9) 災害時における医療

ア 医療救護施設

- より多くの災害時医療拠点を確保するため、指定要件を満たす病院については、積極的に災害拠点病院の指定を推進します。
- 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。

- 救護所を迅速に設置し、適切に医療救護活動を実施するため、市町と医師会、薬剤師会の協定締結を推進する等、救護所で活動する医療従事者等の人材確保や、医薬品等の確保を推進します。
- 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。
- 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 災害時の地域医療調整

- 災害時に、保健医療圏単位等で保健所・市町の行政担当者と地域の医師会や災害拠点病院等の医療関係者、医療チーム等が定期的に情報交換する場を設け、医療救護施設等の医療ニーズを把握・分析した上で医療チームを配置調整する体制を整備します。
- 災害医療関係者のネットワークを構築するため、平時から保健医療圏単位等で地域災害医療対策会議を開催します。
- 災害時の医療チームの配置調整等について中心的な役割を果たす、災害医療コーディネーターの養成を推進します。

ウ 災害時の情報把握

- 「広域災害・救急医療情報システム（E M I S）」や「ふじのくに防災情報共有システム（F U J I S A N）」などの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、通信手段の確保とともに充実させます。
- 広域災害・救急医療情報システム等は、各機関で複数の入力担当者を確保するとともに、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。
- 医療救護施設や関係機関における衛星電話の整備を推進し、災害時通信体制を強化します。
- また、M C A無線や日赤無線、アマチュア無線等、他の通信手段についても積極的な活用を図ります。

エ 広域医療搬送

- 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。
- 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。
- 全国から参集したドクターヘリの運航管理体制を整備し、県庁やS C Uへの専門人材の配置を検討します。
- 広域搬送拠点への陸路での患者搬送手段を確保するため、消防との連携体制確保を図ります。

オ 広域受援

- 県内に参集するDMATを円滑に受け入れ、活動を調整するため、県DMAT調整本部の体制整備を進めます。
- DMAT連絡協議会における協議を踏まえ、県DMAT調整本部の位置づけを、県医療救護計画において明確化します。
- DMATの陸路による進出拠点を東西（東名足柄SA、新東名浜松SAを想定）に整備し、高速道路インターチェンジから災害拠点病院への緊急輸送ルートを迅速に確保することで、DMATの陸路受け入れ体制を整備します。

カ 応援派遣

- 県外大規模災害発生時の本県医療チームの支援調整を円滑に実施するため、DMAT連絡協議会等を中心に、平時から関係団体との連携体制づくりに取り組みます。
- 消防との連携体制の構築、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ます。

キ 医薬品等の供給

- 行政機関や医薬品集積所等で、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を行う、災害薬事コーディネーターの養成を進めます。
- 医薬品卸業者による医薬品等の供給体制の強化を図ります。
- 薬局の活用など、地域における医薬品等の確保・供給体制を整えるため、関係団体との連携を進めます。
- 災害時の人工透析を円滑に行うため、人工透析機関に対し、水及び専用の薬品を供給する体制を整備します。

ク 災害時の健康管理

- 被災者に対する感染症のまん延防止、衛生面のケア、口腔ケア、メンタルヘルスケアを適切に行うため、医療チームと保健師等による健康支援活動の連携体制整備により、災害時の健康管理体制を強化します。
- 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。
- 慢性疾患患者等に対し、適切な薬歴管理に基づく診療を行うため、お薬手帳の普及を推進します。

ケ 原子力災害への対応

- 福島第一原子力発電所の事故を踏まえ、国が示した防災対策を重点的に充実すべき地域の範囲の拡大に対応した緊急被ばく医療活動の充実など、本県の被ばく医療体制を拡充します。

コ その他

- 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。

- 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 へき地住民への医療提供体制の確保

- 自治医科大学卒業医師の配置と大学、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。
- プライマリケアのできる医師の育成について検討を進めます。
- 自治医科大学卒業生が中心となっていて行っている地域医療セミナーに対し、医学生の地域医療への動機付けの一環として、取組みを支援していきます。
- 中高生を対象に地域医療やへき地医療に関する学習機会を提供します。
- 看護学生及び看護に関する大学院の修士課程に在学する者を対象とした修学資金制度を推進し、関係機関と連携しながら、へき地の医療機関に従事する看護師の確保に努めます。
- 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の医師等による巡回診療の推進を図ります。
- 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。
- 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。
- へき地の在宅医療に取り組む、訪問看護ステーションの拡大に努めます。

イ へき地における診療支援

- 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。
- へき地医療支援機構を中心に、へき地医療拠点病院、救命救急センター、ドクターヘリ運航病院等の医療機関との連携を強化し、へき地医療の支援体制の充実を図ります。
- へき地の医療を担う診療所等の施設・設備整備の推進を図ります。

ウ へき地に勤務する医師の支援体制の確保

- 医師等がへき地に勤務しやすい環境づくりのため、現在公設のへき地診療所等を対象にしている代診制度を、民間のへき地診療所まで拡充するなど代診医師派遣制度の充実、医師等の勤務条件の改善を図ります。
- 情報技術を利用した診断支援等のへき地に勤務する医師のサポート体制の充実を図ります。

(11) 周産期医療

- 現在、平成 22 年度に策定した「静岡県周産期医療体制整備計画」及び平成 23 年度に策定した「静岡県地域医療再生計画（全県域版）」に基づき、中長期的な観点から、地域の医療需要に見合う周産期医療の適切な提供体制の整備を図ります。
- 引き続き、東中西の 3 地域を単位とした地域の周産期医療施設のネットワ

ークによる周産期医療体制の整備を進めるため、地域の中核となる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積極的な支援を行うとともに、地域における周産期医療施設の機能分担について検討し、施設間の連携の充実を図ります。

- NICUについては県内各地域で需要が大きいため、整備可能な病院での整備を推進するとともに、東部地域において分娩を取り扱う病院の整備を進めます。
- 分娩を取り扱う産科医・助産師並びに新生児医療担当医に手当を支給する病院に対して助成を行うことにより、過酷な勤務状況にある産科医、新生児医療担当医等の処遇を改善するとともに、奨学金制度などによる医師確保を進めます。
- 産科合併症以外の合併症に対応するための搬送体制を検討するとともに、救命救急センターを設置する総合周産期母子医療センターに対する支援を行うなど、周産期医療と救急医療の連携を推進します。また、中部地域においては、救命救急センターを新たに設置する等、総合周産期母子医療センターとの連携を構築します。
- 妊婦健診の受診勧奨を行うとともに、妊婦健診が円滑に行われるよう妊婦健診実施機関と分娩取扱機関の連携体制の整備に努めます。また、感染症対策としてワクチン接種の啓発等を推進します。
- 浜松医科大学に設置した地域周産期医療学講座（寄附講座）において、産婦人科専門医・小児科専門医の資格取得希望者に対し専門的研修や学会参加・発表等、資格取得に対する支援を行います。
- また、看護職員に対する認定看護師（新生児ケア、小児救急医療）資格取得支援を行う医療機関に対する支援を行うとともに、地域周産期医療機関等の看護師のスキルアップのため、総合周産期母子医療センターにおける看護職員の受け入れ研修の開催を支援します。
- 「ふじのくに地域医療支援センター」において、県内の複数病院のネットワークによる魅力ある研修プログラムを提供し、県内での周産期専門医の育成を図ります。

(12) 小児医療（小児救急医療を含む。）

ア 小児医療

- 県立病院機構小児科医の派遣により、公的病院の支援に努めます。
- 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。
- ふじのくに地域医療支援センターにおいて提供する「静岡県専門研修プログラム」等により、県内での小児科専門医の育成を図ります。

イ 小児救急電話相談

- 小児救急電話相談について、効果的な広報を行い、認知度向上を図ります。
- また、年々増加している相談件数に対応できるように、相談件数に応じた電話回線数や相談員の確保を図ります。

ウ 小児救急医療

- 現在、平成 22 年度に策定した静岡県地域医療再生計画(2次医療圏版)、平成 23 年度に策定した静岡県地域医療再生計画(全県圏版)に基づき、救急医療体制の計画的かつ体系的な整備を進めています。
- 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。中東遠圏域での急患センターの新設のほか、既存施設の建替えや機能拡充を図り、持続可能な体制確保に向けた取組を進めます。
- 概ね年間を通じて小児の第2次救急医療体制を確保(週5日以上)の輪番体制)している第2次救急医療圏数を5医療圏から7医療圏に増やすことを目指します。独自に第2次小児救急医療体制を確保できない地域について、オンコール体制や、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。
- 救命救急センターにおける小児専用病床の整備等、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進めます。
- ドクターヘリのより一層の活用や新東名開通による搬送時間短縮化を通じ、小児救命救急センターを設置する静岡県立こども病院と消防機関及び救命救急センター等の救急医療機関との連携を推進し、救命率の向上を目指します。
- 不慮の事故による重症患者の救命率を向上させるために、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。

(13) 在宅医療

ア 在宅医療を担う機関及び人材の充実

- 在宅医療に取り組む診療所・病院、訪問看護ステーション及び薬局の数を増加させるとともに、県内全ての市町に整備することを目指します。
- 地域において無菌調剤を行うことができるよう、地域拠点薬局に無菌調剤室を設置し、周辺の薬局が共同利用できる体制の整備を進めます。
- ICTを活用した在宅患者医療情報共有化システムを開発・運用することにより、多職種連携を推進し、在宅医療に取り組む医師の負担軽減に努めます。
- 在宅医療の推進に必要な訪問看護師について、潜在看護師等への普及啓発、現場復帰のための教育、訪問看護ステーションへの就職促進などを一連で実施し、訪問看護従事者数を増員します。
- 多職種協同による在宅医療を担う中心的な人材(多職種共同によるサービス調整等)を養成し、地域の実情に合わせた研修により、在宅チーム医療を担う人材の育成を推進します。

イ 急性期・回復期を担う病院と在宅医療を担う診療所等との密接な連携体制の構築

- 退院又は転院調整機能を有する病院等が中心となる退院時カンファレンスや必要時の在宅療養中におけるカンファレンス等への地域の在宅医療を担う診療所等の医師、看護師や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の構築を図ります。

- 入院から在宅までを含んだ地域連携クリティカルパスの導入を進めます。病院から在宅へ移行する際に、スムーズに移行ができるよう効果的な支援が可能となる仕組みを検討し、システムの構築を図ります。

ウ 在宅医療を担う関係機関の連携体制の構築

- 在宅医療の推進のためには市町が主体となること必要であり、郡市医師会等関係機関と連携しながら在宅医療の提供体制が構築する取組を支援します。
- 2次医療圏又は複数の2次医療圏単位で、在宅医療に関わる機関、者の相互交流の機会を設けることによって、各機関等の機能や役割を相互に理解し、患者を中心とした連携体制を構築します。(全2次医療圏に相互交流の場を設置)
- 関係機関がICTを活用して相互に在宅患者の医療情報等を共有化し、効率的な連携に取り組むことが可能となる体制作りを進め、全県下で行います。
- 在宅医療連携拠点(※5)を市町(政令市にあつては区)ごとに1か所程度整備することにより、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を検討します。

エ 在宅医療を担う医療機関等の知識、技術の向上

- 在宅医療に関する先進事例の研究・検討や講習会の開催などにより、関係機関等の知識、技術を図り、患者が安心して在宅医療を選択できる体制の充実を図ります。
- ケアマネジャーと訪問看護師等が職種を超えた研修等を実施することにより、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サービスの必要性を適切に判断できるような知識、技術を身につけるとともに、多職種連携の強化を図ります。

オ 地域住民及び在宅医療関係機関への在宅医療に関する情報提供の推進

- 「医療機能情報提供制度」により各医療機関における対応可能な在宅医療について、地域住民及び在宅医療関係機関への情報提供を推進します。
- 在宅医療体制の整備を進めるとともに、県民向けのシンポジウムや相談窓口などを通じ、県民の在宅医療に関する理解を深め、不安解消を図るなど在宅医療が選択される環境整備も促進します。
- 要介護高齢者に対する口腔ケアを普及し、誤嚥性肺炎等の予防に努めます。

※5 在宅医療連携拠点

医療、介護が連携し、地域において包括的・継続的な在宅医療・介護が可能となるような在宅医療の連携拠点。

地域の実情によるが、医療と介護の双方に詳しい人材が配置されている在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所等医療等が想定される。

第2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30.7日と全国で14番目に短く、うち医療費の対象となる病床については、28.3日と全国で11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15.9日と全国で4番目に短くなっていますが療養病床は212.8日と全国平均よりも長くなっています。

表3-15 平均在院日数（平成23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	30.7	14	28.3	11	15.9	4	212.8	43	307.8	24	28.3	—	69.0	24
全国	32.0	—	30.4	—	17.9	—	175.1	—	298.1	—	10.0	—	71.0	—

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（見込み）

平成29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29年度末の医療費の対象となる病床の平均在院日数の目標値（見込み）を27.9日とします。

《参考》今回の平均在院日数の目標（見込み）の推計の考え方

	病床数 A	病床利用率B ※H23 病院報告	利用者数C	平均在院日数D ※H23 病院報告	新規入院発生数E
一般病床	A1	B1	C1=A1×B1	D1	E1=C1/D1
療養病床 (介護療養病床除く)	A2	B2	C2=A2×B2	D2	E2=C2/D2
精神病床	A3	B3	C3=A3×B3	D3	E3=C3/D3
感染症病床	A4	B4	C4=A4×B4	D4	E4=C4/D4
結核病床	A5	B5	C5=A5×B5	D5	E5=C5/D5

↓ 《加重平均により算定》 ↓

病床計 (介護療養病床除く)	—	—	X=C1+・・・+C5	推計値 X/Y	Y=E1+・・・+E5
-------------------	---	---	-------------	------------	-------------

→ ←

全国統計（病院報告）により病床計の利用者数、新規発生件数を算定し、病床計の平均在院日数の推計値を算定。

※全国平均より長い精神病床の平均在院日数、全国平均より低い病床利用率を全国並みに改善することを想定。

第3節 療養病床の再編成

1 療養病床の再編成

(1) 療養病床再編成方針の見直し

平成 18 (2006) 年の医療制度改革の中心となる医療費適正化方策の 2 つの柱が、「生活習慣病対策の推進」と、「平均在院日数の短縮」であり、後者に関連するのが「療養病床の再編成」です。

療養病床の再編成は、平成 24 (2012) 年 3 月末までに介護療養病床を廃止するとともに、療養病床を医療の必要度が高い方を受け入れる医療療養病床に限定し、療養病床を介護老人保健施設等に転換していくこととしていました。

しかし、全国的に転換が進んでいない現状を踏まえ、平成 23 (2011) 年の介護保険法等の一部改正により、療養病床の機械的削減は行わないこととされ、介護療養病床については、廃止期限が 6 年間延長されました。

(2) 県の対応

平成 20 (2008) 年 2 月に、「静岡県地域ケア体制整備構想」を策定し、療養病床の再編成に伴う住民や医療機関の不安に対して将来の姿を提示するとともに、それぞれの地域に即した適切なサービスを提供する地域ケア体制整備の方向性を示しました。

また、圏域毎に療養病床転換推進計画を策定し、平成 24 (2012) 年 3 月までの療養病床の転換に係る数値目標を設定することにより、老人保健施設等への転換を推進してきました。

平成 23 年の法改正に伴い、療養病床の機械的な削減は行わないこととされましたが、今後も、医療機関の転換意向の的確な把握に努めるとともに、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、引き続き関係機関における相談体制を充実し、医療機関に対する情報提供等の取組を進めます。

また、団塊の世代が 65 歳以上となるなど、ますます高齢化が進む中、多くの方が可能な限り住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるよう、予防、介護、医療、生活支援サービス、住まいを切れ目なく提供する「地域包括ケアシステム」の構築を目指します。

2 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 24 年 12 月 31 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 3-16 療養病床の状況 平成 24 年 12 月 31 日現在

区分	医療療養病床のみ	介護療養病床のみ	医療・介護療養病床の双方	計
施設数	73 施設	6 施設	22 施設	101 施設
病院	65 施設	6 施設	19 施設	90 施設
診療所	8 施設	—	3 施設	11 施設
病床数	7,051 床	944 床	医療 1,451 床 介護 1,408 床	10,854 床 (医療 8,502 : 介護 2,352)

※静岡県健康福祉部長寿政策課調べ。老人性認知症疾患療養病棟を除く。

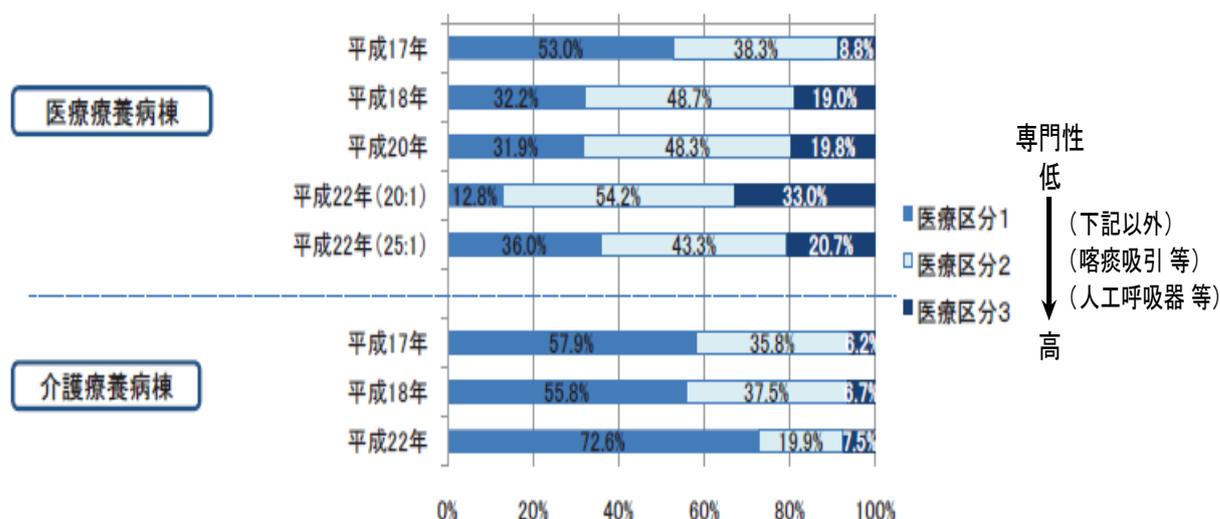
※医療療養病床 8,502 床のうち、回復期リハ病床は 1,232 床。

(2) 療養病床の入院患者の状況

厚生労働省が平成21年度から22年度にかけて行った、「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」によると、療養病床における施設毎の医療区分については、介護療養病床の患者では、医療療養病床の患者よりも「医療区分1」の占める割合が高く、「医療区分2」及び「医療区分3」の割合が低くなっています。

また近年では、医療療養病床においては「医療区分3」の患者が増加していることから、介護療養病床と医療療養病床の機能分担が進んでいることがわかっています。

図3-14 療養病床における医療区分の年次推移



出典：平成18年度、平成20年度「慢性期入院医療の包括評価に関する調査報告書」

3 療養病床の転換への支援

(1) 県及び市町の役割

県は、「ふじのくに長寿社会安心プラン（静岡県長寿者保健福祉計画）」に基づき、地域包括ケアシステムの構築を見据え、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、県庁及び各健康福祉センターでは、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。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、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4節 後発医薬品に関する使用推進

1 これまでの取組

後発医薬品の使用については、国において平成19年6月の閣議決定「経済財政改革の基本方針2007」で「平成24年までにシェアを30%以上」とする目標値が定められました。

また同年10月には国が「後発医薬品の安心使用アクションプログラム」を策定し、都道府県レベルで協議会を設置するよう明記されました。これを踏まえ、静岡県では、平成20及び21年度（H20年12月～22年3月）に、医療関係者、後発医薬品メーカー、医薬品卸売業者等をメンバーとする「静岡県後発医薬品検討会」を設置し、アンケートを行って後発医薬品の普及に係る課題についての検討を行いました。（計8回開催）

この検討会の報告では、静岡県に対し、「県民への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。

これを受けて静岡県では、平成22年度に、検討会で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（計2回開催）、県民が後発医薬品に対する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（150,000部）しております。

平成23年度からは本リーフレットを医療施設、薬局で活用して、後発医薬品に関する正しい知識の普及広報に努めています。静岡県薬剤師会では調剤薬局に勤務する薬剤師を対象とした薬暦管理に関する講習会を平成23年度に計9回開催し、その中で後発医薬品に関する日本薬剤師会ならびに静岡県の取組の取り組みを紹介しました（総参加薬局数は245薬局）。

2 課題

検討会報告書の提言では課題として

- ①国による品質・有効性・安全性の保証と承認審査の厳格化
- ②品質確認の為の試験審査の充実
- ③品目数の整理
- ④適応症の統一
- ⑤薬剤師による変更調剤の容認
- ⑥新規患者等への説明
- ⑦情報提供の充実
- ⑧安定供給の確保
- ⑨特許切れ新薬の薬価見直し
- ⑩適切な広報の実施

があげられていますが、現状の後発医薬品においてこれらの提言内容に対する対策は十分とは言えず、相応の改善がなされない限り積極的な使用促進を図ることは難しい現状にあります。

今後はこれらの課題の改善状況を注視しながら、後発医薬品の使用促進について検討していきます。

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20年度	9,228億 (244千)	3,106億 (82千)	3,782億 (100千)	348,084億 (273千)	128,248億 (100千)	131,347億 (103千)
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)
H20/H17	104.1% (104.3%)	104.9% (105.1%)	102.7% (103.1%)	105.1% (105.4%)	105.8% (105.3%)	102.2% (102.0%)
H17/H14	98.9% (98.7%)	98.6% (98.7%)	96.8% (96.0%)	106.4% (106.1%)	105.2% (105.6%)	103.7% (104.1%)
H20/H14	103.0% (103.0%)	103.4% (103.8%)	99.4% (99.0%)	111.8% (111.9%)	111.4% (111.1%)	106.0% (106.2%)

出典 国民医療費(平成14、17、20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25年度における本県医療費は1兆896億円、平成29年度には1兆2,192億円となります。

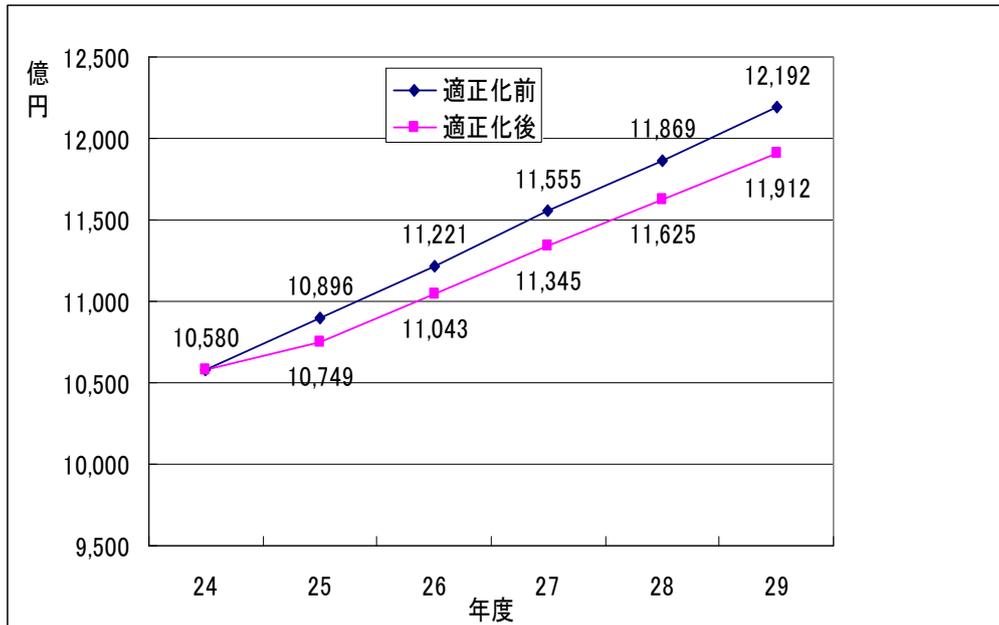
この計画の数値目標を達成した場合の見通しは、平成29年度に1兆1,912億円となります。

適正化効果としては、平均在院日数と生活習慣病対策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25年度	1兆896億円	1兆749億円	147億円
平成26年度	1兆1,221億円	1兆1,043億円	178億円
平成27年度	1兆1,555億円	1兆1,345億円	210億円
平成28年度	1兆1,869億円	1兆1,625億円	244億円
平成29年度	1兆2,192億円	1兆1,912億円	280億円

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)	
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)
生活習慣病対策	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見込む。	一人あたりの医療費の減少

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 27 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 29 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 30 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

ふじのくに健康増進計画の推進を通じ、進行管理を行います。

2 疾病又は事業及び在宅医療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。

静岡県医療費適正化計画

平成 25 年 3 月

静岡県健康福祉部地域医療課

〒420-8601 静岡県静岡市葵区追手町 9 番 6 号

電話番号 054-221-2867 FAX 054-221-3291

E-MAIL chiikiiryoushou@pref.shizuoka.lg.jp

この冊子は、障害者就労継続支援B型事業所で印刷しました。

(B型事業所では、一般企業等での就労が困難な障害のある人に、下請業務や自主製品の製造・販売等により働く場を提供するとともに、自立生活に向けて必要な訓練を行い、障害のある人を支援しています。)